

基礎研 レポート

医師の偏在是正はどこまで可能か

政府内で高まる対策強化論議の可能性と選択肢

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

1——はじめに～医師偏在是正はどこまで可能か～

医師の偏在是正を巡る議論が政府内で盛り上がりを見せている。これまでも医学部の教育プロセスから偏在是正に努める制度として、都道府県による「医師確保計画」が2020年度から本格的にスタートするなど、国・自治体の施策が展開されていた。

しかし、2024年4月のNHK番組で、厚生労働相だった武見敬三氏（以下、肩書は全て当時）が地域ごとの医師数の割り当てなど、「規制的手法」の必要性に言及したことで、関係者の注目を集めた。その後、武見氏の考え方が反映された「近未来健康活躍社会戦略」が2024年8月に公表され、(1) 医師確保計画の深化、(2) 医師の確保・育成、(3) 実効的な医師配置——を柱とする偏在是正策の方向性が示された。今後、これを基に2024年末までに政策パッケージが示されることになっている。

しかし、そもそも医師偏在問題は「古くて新しい問題」であり、クリアカットな解決策は存在しない。しかも、営業の自由を保障した憲法との整合性が問われるほか、様々な利害対立が起きるため、関係者の合意形成も難しい。本稿では医師の偏在是正を巡る議論とか、これまでの施策を整理した上で、今後の制度改正に向けた論点や選択肢をいくつか検討する。

具体的には、営業の自由との関係など規制的手法や、財政支援など経済的インセンティブの論点を整理するとともに、その限界も指摘する。さらに、パソコンの画面越しに医師が患者を診断するオンライン診療も含めて、都道府県が大学医学部や地区医師会、市町村などと連携しつつ、様々な手立てを有効に活用する重要性も論じる。このほか、中長期的な選択肢として、人口が減っても医療サービスを持続的に提供できるような地域別報酬の可能性を検討するとともに、その利害得失も整理する。

2——「偏在」という言葉の意味

最初に、「医師の偏在」という言葉の意味を確認する。医師の偏在是正とは、特定の地域や診療科に医師が集まり、別の地域や診療科で必要な医療サービスを受けられない状態を意味しており、多くのケースで「地域間」「診療科間」「病院・診療所間」という3つが想定されている。

例えば、都道府県が6年周期で策定している「医療計画」が2024年度に改定される際、その制度設計を議論した「第8次医療計画等に関する検討会」が2022年12月に示した報告書では、都市と地方

の偏在に加えて、「勤務施設別」「診療科間」の偏在が言及されている。さらに、2024年6月に閣議決定された骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針）でも「地域間」「診療科間」「病院・診療所間」が併記されている。

しかし、それぞれに課題や原因が複雑に絡み合っており、全てを論じるのは難しい面がある。しかも、現実には施策が先行したり、検討が進んだりしているのは「地域間」の偏在是正である。このため、以下では、都市と地方など地域間の偏在を専ら意識しつつ、必要に応じて残り2つにも触れる形で、是正に向けた施策の経緯や現状を考察する。

3——これまでの医師偏在是正策

1 | 国民皆保険が確立すると……

次に、武見氏の発言以前の医師偏在是正策を振り返る。地域における医師不足や医師の偏在は戦前にさかのぼる古い歴史を持っており、「古くて新しい問題」である。特に1961年以降、国民が何らかの公的保険に加入する「国民皆保険」が確立したことで、医療の地域格差が問題視された。国民皆保険の下で、国民は強制加入を義務付けられるのに、対価としての医療サービスにアクセスできなければ、国民は保険料だけを負担することになり、制度の信頼性が揺らいでしまうことになるためだ。

そこで、政府は1960年に「医療金融公庫」（現福祉医療機構）を設立し、財政投融资の仕組みを使った長期かつ低利融資を通じて、民間医療機関の拡大に努めたほか、1962年からは「医療機関の適正配置」を図る観点に立ち、公立・公的医療機関に関する病床規制が都市部で始まった¹。

このほか、1956年度からスタートした「へき地保健医療計画」による医師確保とか、都道府県が共同で1972年2月に設立した自治医科大学による医師養成・派遣、医学部がなかった県に医学部を置く「一県一医大構想」など、医療格差を是正するため、様々な取り組みが講じられていた。

2 | 医学部定員の臨時増加

現在に至る議論の始まりは2004年頃に遡る。ここで当時の状況を振り返ると、1980年代以降、国の財政再建が意識される中、医師定員数は削減または据え置かれていたが、2004年度に導入された新臨床研修制度で、地方病院の医師不足が顕在化した。

具体的には、新臨床研修制度では、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調整するマッチングシステムも導入された。この結果、それまでは大学の医局が割り当てた病院で研修を受けていたが、多くの研修医が都市部の民間病院を選ぶようになった。

一方、大学病院サイドも研修体制の充実が求められるようになり、医局から地域の病院に派遣していた医師を引き揚げたため、残された医師の職場環境が悪化。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、残された勤務医の負担が増える悪循環に繋がった²。その結果、産科

¹ この時の医療法は議員立法で改正されており、当時の国会では国民皆保険の充実を前に、「医療機関の適正配置」が重視されていた。具体的には、無医地区などで新增設を図りつつ、都市部などで新增設を規制して「乱立を防止」する必要性が論じられている。1962年4月19日、第40回国会衆議院社会労働委員会における小沢辰男衆議院議員（後に厚相）の発言。

² 当時、「立ち去り型サボタージュ医療崩壊」と呼ばれた。小松秀樹（2006）『医療崩壊』朝日新聞社などを参照。

医などを受診できない「医療崩壊」が問題視された。

そこで、2006 年 8 月に「新医師確保総合対策」が決定され、医師数が少ない青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重の各県を対象に、臨時的に医師定員を増やした。その後も段階的に定員が臨時的に増やされており、2007 年度時点で 7,625 人だった定員は 2024 年度現在、9,403 人にまで増えている。

3 | 2008 年度の地域枠創設

近年、重視されているのは「地域枠」という制度である。これは 2008 年度に創設された仕組みであり、医学部の学生が卒業後、特定の地域や診療科で働くことを条件に、自治体から支給される奨学金の返済が免除される。この制度を通じて、医師が若い頃に地方勤務を経験してくれば、地方に定着するか、都会でキャリアを積んだ後も帰って来てくれるのではないかと、という期待³に基づいており、地域枠と医学部定員に占める比率は図表 1 の通り、ほぼ一貫して増加している。

なお、地元大学の医学部との連携などを担う都道府県ごとに運用が異なったため、2022 年度以降、▽都道府県と大学が連携し、地元出身者もしくは全国を対象に別枠で選抜する「地域枠」、▽都道府県と大学が連携し、一定期間、都道府県に住所を有した人を対象にした「地元出身枠」、▽学生の対象を問わないなど、大学独自に設定する「大学独自枠」——の 3 つに整理された。これらを総称して「地域枠等」と称されることが多いが、本稿では「地域枠」で統一する。

図表1：地域枠の推移

	地域枠 (人数)	地域枠の 割合 (%)
2007年	173	2.3
2008年	418	5.4
2009年	736	8.8
2010年	1,186	13.6
2011年	1,242	14.1
2012年	1,304	14.7
2013年	1,406	15.8
2014年	1,450	16.2
2015年	1,531	17.0
2016年	1,627	17.8
2017年	1,645	17.7
2018年	1,669	18.0
2019年	1,682	18.1
2020年	1,688	18.3
2021年	1,723	18.7
2022年	1,736	18.8
2023年	1,770	19.1

出典：厚生労働省資料を基に作成
注1：資料は「地域枠等」の表記だが、簡略化した。
注2：「地域枠の割合」は自治医大を除く定員の割合。

4 | 医学教育からの関与を目指した 2018 年の法改正

その後も医師偏在是正は医療提供体制改革の一つとして意識されており、最近の骨太方針でも、医師偏在是正や医学教育の見直しなどで言及があった。自民党が政権に復帰した後、2013 年から 2024 年までの文言を末尾に参考資料として添付したので、参照されたい。

このうち、最も重要な制度改正として、2018 年通常国会で成立した改正医療法を指摘できる。この時には医師偏在を是正するため、「医師確保計画」「外来医療計画」という 2 つの計画を都道府県に作ることを義務付けた。その後、各都道府県は 6 年サイクルの「医療計画」の一部として、2 つの計画を 2020 年 3 月までに作成した⁴。

³ この考え方は一般的に「Homecoming Salmon 仮説」と呼ばれている。これは鮭 (Salmon) が海を回遊した後、生まれ育った川に帰って来て産卵することに由来している。

⁴ 詳細については、2020 年 2 月 17 日拙稿「[医師偏在是正に向けた 2 つの計画はどこまで有効か](#)」(全 2 回、リンク先は第 1

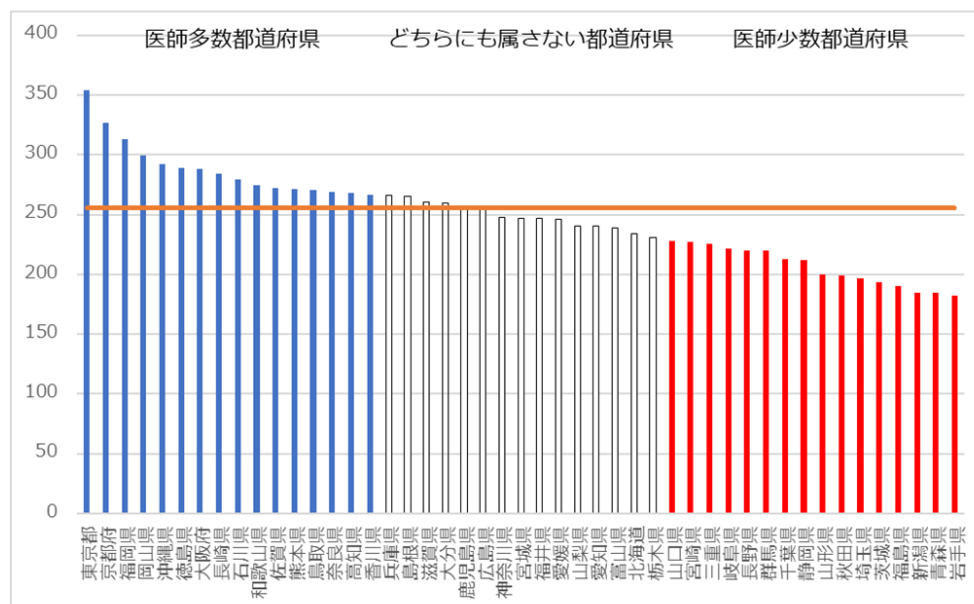
このうち、医師確保計画に関しては、医師の過不足を全国一律の水準で可視化する「医師偏在指標」が導入された。ここで言う医師偏在指標とは、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の年齢構成などを反映させつつ、全国ベースで、地域ごとに医師の多寡を示す指標。指標は都道府県別、人口 20～30 万人単位で区切られる 2 次医療圏で示されている。

その上で、上位 3 分の 1 の都道府県を「医師多数都道府県」、下位 3 分の 1 を「医師少数都道府県」、どちらにも属さない都道府県の 3 つに分類し、医師少数都道府県にランク付けされた都道府県が下位 3 分の 1 を脱却するまで指標を改善することが目標とされている。2024 年度からスタートした医療計画で用いられた医師偏在指標に基づく都道府県別の分類は図表 2 の通りである。

これは一つの参考資料として位置付けられており、「地域の実情」の全てを反映しているとは言えないが、東日本では「医師少数県」、西日本では「医師多数都府県」が多い様子を読み取れる。

さらに、最多の東京都と最小の岩手県では 2 倍弱の開きがあり、かなりの格差が存在することも分かる。

図表2：医師偏在指標に基づいて分類された都道府県別偏在状況



その上で、外来医師多数区域で新規に開業を希望する場合、「都道府県や地区医師会の関係者などで構成する協議の場への参加要請→席上、在宅医療など地域で不足している機能を担うことを要請→新規開業者の自主的な対応に期待→必要に応じて協議結果を住民などに公表」という流れが想定されている。

ここで言う協議の場とは、一般的に医療提供体制改革を進めるための協議体が意識されている。具体的には、病床機能再編などを指す「地域医療構想」という政策が2017年度以降、都道府県を中心に進められている⁵ものの、提供体制の大宗を占める民間医療機関に対し、都道府県は病床削減などを命令できない。このため、2次医療圏ごとに「地域医療構想調整会議」（以下、調整会議）が創設されており、ここを舞台に地域の医師会や医療機関経営者などが協議。その合意内容を基に、それぞれの関係者が自主的に対応することが想定されている。外来に関する協議についても、多くのケースで調整会議の場が活用されている。

しかし、ここでの議論は要請に過ぎず、新規開業者の行動が制限されるわけではない。なお、外来医療計画も医師確保計画と同様、2024年度に改定された医療計画の一部として反映された。

6 | 専門研修制度におけるシーリング

さらに、専門医の研修における都道府県ごとのシーリング（上限）設定を通じて、偏在是正が図られている。元々の専門医制度には「それぞれ学会が独自の基準で専門医を認定しているため、国民に分かりにくく、質の担保が不十分」などの課題が指摘されていたため、日本専門医機構と各学会が共同して研修プログラムを作成し、統一した基準で認定する仕組みに変えられた。

ただ、専門医の質を追求すると、養成施設の要件が厳しくなり、地域間・診療科間の医師偏在が助長されてしまう危険性があるため、地域・基本領域ごとの専攻医採用数に上限を設けるシーリングが設定されることになった。

具体的には、厚生労働省が試算した「都道府県別・診療科別の必要医師数」に基づき、「既に必要医師数を確保できている」と考えられる都道府県や診療科ではシーリングを設定。その上で、一定程度の要件を満たす場合、「都市部等での1年半未満の研修」「医師不足地域（医師充足率が80%未満）での1年半以上の研修」を可能とするプログラムの設置がシーリングの枠内で認められる。

さらに、一定程度の要件を満たす場合、「都市部等での2年未満の研修」「医師不足が極めて顕著な地域（医師充足率が70%未満）での1年以上の研修」を可能とする「特別地域連携プログラム」がシ

⁵ ここでは詳しく触れないが、2017年3月までに都道府県が作成した地域医療構想では、人口的にボリュームが大きい「団塊世代」が75歳以上になる2025年をターゲットに、医療提供体制改革を進めようという意図が込められていた。具体的には、都道府県が2025年時点の医療需要について、救急患者を受け入れる「高度急性期」「急性期」、リハビリテーションなどを提供する「回復期」、長期療養の場である「慢性期」に区分して推計。その上で、自らが担っている病床機能を報告させる「病床機能報告」で明らかになった現状と対比させることで、需給ギャップを明らかにした。その結果、全国的な数字では、高度急性期、急性期、慢性期が余剰となる一方、回復期は不足するという結果が出ており、高度急性期や急性期病床の削減と回復期機能の充実、慢性期の削減と在宅医療の充実が必要と理解されている。地域医療構想の概要や論点、経緯については、2017年11～12月の拙稿「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く\(1\)](#)」（全4回、リンク先は第1回）、2019年5～6月の拙稿「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」（全2回、リンク先は第1回）、2019年10月31日拙稿「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」を参照。併せて、三原岳（2020）『地域医療は再生するか』医薬経済社も参照。なお、地域医療構想は目標年次が1年後に迫っており、厚生労働省は2040年頃を見通したポスト地域医療構想の議論を始めている。この点については、稿を改めて検討する。

ーリングの外で設置されている。

つまり、医師が集まりやすい都市部よりも、医師が不足している地域での研修機会を増やすことで、医師が足りない地域で働く臨床医を増やすことが企図されている。

7 | 医学部定員を削減しつつ、偏在是正を目指す動き

一方、厚生労働省は地域枠の数を都道府県間で調整することで、医師偏在を是正することも目指している。元々、厚生労働省は医師の需給について、2029～2032年頃にピークに余剰になるとみており、2018年版と2019年版の骨太方針では2022年度以降の医学部定員を減員する方向で検討する旨が盛り込まれていた。その後、新型コロナウイルスの感染拡大で見直しを議論できなくなったため、2022年度以降の医学部定員は暫定的に継続されている。

こうした中、厚生労働省は2024年1月、日本医師会（以下、日医）の代表や自治体首長などで構成する「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」（以下、偏在対策検討会）を設置し、医学部の定員を削減しつつ、偏在是正を目指す議論を開始した。特に、臨時定員数の一部に関して、医師偏在指標の医師少数都道府県に対し、地域枠を振り向けようとしており、この方向で2025年度、2026年度は進める予定となっている。

8 | 地方勤務経験の要件化など、その他の施策

さらに、地方勤務経験を促すインセンティブとして、診療所などの支援を担う「地域支援病院」のうち、医師派遣などの機能を有する病院の管理者については、医師少数区域で180日間勤務する経験を義務付ける仕組みが2020年度からスタートしている。

具体的には、▽在宅医療など患者の継続的な治療や保健指導、急変時の対応、▽多職種連携介護への参加など、他の医療機関や介護・福祉事業者との連携、▽地域住民に対する健康診査や保健指導——などの活動を医師少数区域で約半年間、経験した医師については、国が認定する。その上で、認定された医師に限り、地域医療支援病院のうち、医師派遣などの機能を有する病院の管理者とする仕組みである。

このほか、既述した「へき地保健医療計画」による医師確保とか、自治医科大学による医師養成・派遣に加えて、▽都道府県に設置が義務付けられている「地域医療支援センター」「へき地医療支援機構」などを通じた僻地への医師派遣、▽自治医科大学の卒業生を中心に、1986年5月に発足した「地域医療振興協会」による僻地で働く医師向け研修——などが実施されている。

9 | 自治体独自の対策

こうした国の制度改正とは別に、医師不足に悩む地域を中心に、自治体が独自に対策を打っている⁶。20年ほど前から医師確保に取り組んでいるのが北海道内の市町村であり、稚内市は2006年3月、「市開業医誘致条例」を制定し、これに沿って診療所を10年以上開業する見込みのある医師に対し、診療所の土地、建物など取得費などとして最大3,000万円を支給している。

⁶ 自治体独自の施策については、それぞれの市町村のウェブサイトに加えて、『朝日新聞』『毎日新聞』『北海道新聞』『山形新聞』『新潟日報』『信濃毎日新聞』『南日本新聞』『m3.com』を参照。

同じ北海道では、士別市が 2011 年 2 月、開業医誘致条例を制定し、最大 1,000 万円を助成しているほか、紋別市は 2021 年 7 月、中標津町は 2023 年 3 月、美幌町は 2024 年 3 月に、それぞれ同様の条例を制定するとともに、誘致に必要な経費を支援する仕組みを整備している。このほか、北海道に基盤を置く北海道エアシステムは 2023 年 10 月以降、根室地域に赴任する医師などを対象に、丘珠―根室中標津線の航空券を無償で提供している、

そのほかの地域でも、同様の動きが見られる。例えば、長野県辰野町と鳥取県智頭町は開業医誘致のために最大 5,000 万円を支援することを決めたほか、鹿児島県大崎町はクラウドファンディングで寄付を募りつつ、内科・小児科を開業する医師に対し、最大 1 億円を助成するとしている。小児科医を誘致するため、鹿児島県志布志市は最大 1 億円、山形県米沢市は最大 1,000 万円を支援する制度を 2024 年度から始めている。

医師養成課程から偏在是正を意識している取り組みとして、新潟県が注目される。同県では地域枠の拡充による医師確保に加えて、経営などの視点を学べる県独自の講座を開設するなど、若手医師の人材確保に関して活発な動きを見せている。このうち、地域枠については、2019 年 12 月、新潟大学医学部と「地域枠に係る協定」を締結し、地域枠の拡大に向けた方向性を確認した。

4——偏在是正策の評価

こうした対策は一定程度、奏功している面があり、例えば新潟県では地域枠の拡充などを通じて、県外大学出身者の割合が増えている。

しかし、全体として偏在は進んだ。例えば、2016 年の時点で医師偏在指標の最大値と最小値の差が 160.1 だったが、2020 年に 172.6 に拡大していた。同じ数字は 2 次医療圏単位でも、680.9 が 693.1 に広がっていた。

実際、地方の医師不足を巡る報道は枚挙に暇がない⁷。例えば、埼玉県秩父地域では、夜間救急の輪番制が維持できなくなっているほか、高知県では分娩施設の縮小が相次いでいる。栃木県足尾地域では、唯一の救急告示病院が利用者減や人手不足を理由に挙げ、3 年後の廃止を目指して段階的に縮小する方針を示した。厳しい財政事情の中、先に触れた通り、医師誘致のための独自制度を設ける市町村が増えているのも、医師不足に対する危機感の表れであろう。

こうした偏在が起きている背景として、いくつかの要因を指摘できる。地域や診療科ごとに原因が異なる面があるが、共通して言えることとして、都市部には専門的な技術を学べる機会が多いため、医師が集まる傾向が強い反面、逆に地方では人口減少が加速している上、開業医の高齢化も進んでいるため、医療機関の統廃合が進んでいる点が考えられる。実際、2024 年 10 月に厚生労働省が公表した推計では、診療所が存在しない市町村は 2022 年時点で 77 であるのに対し、2040 年時点では 342 に増えるという。

さらに「医師の働き方改革」の影響も懸念されている⁸。2024 年 4 月から本格施行された同改革で

⁷ 秩父地域や高知県の状況については、2024 年 10 月 19 日『下野新聞』、10 月 12 日『読売新聞』、同年 7 月 3 日『毎日新聞』、同年 3 月 21 日『高知新聞』などを参照。

⁸ これは医師の超過勤務抑制を促すとともに、健康確保措置の実施などを義務付ける施策。詳細については、2023 年 9 月 29 日拙稿「[施行まで半年、医師の働き方改革は定着するのか](#)」、2021 年 6 月 22 日拙稿「[医師の働き方改革は医療制度にどんな影響を与えるか](#)」を参照。働き方改革との関係では、厚生労働省が「三位一体」の改革を提唱していた時期があった。これ

は、勤務医の超過勤務に上限が設定された結果、大学病院の運営が回らなくなり、大学病院から地域の医療機関に派遣されている若手医師の引き揚げが起き、地域の医師不足が深刻化するのではないか、との懸念が一部で示されていた。

実際、厚生労働省が2024年3月までに実施した都道府県向け調査では、「大学や他の医療機関から派遣されている医師について、働き方改革に関連した引き揚げの予定があり、2024年4月以降に診療体制の縮小または地域医療提供体制への影響が見込まれるか」という質問に対して、「医師の引き揚げによる診療体制の縮小が見込まれる」と回答したのは49医療機関あり、うち21医療機関は「自院の診療体制の縮小により地域医療提供体制への影響もあり」と回答していた。

こうした状況の下、医師不足の地域の知事で構成する「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」は働き方改革の悪影響について、強い懸念を示している。これは岩手県や新潟県など、医師不足に悩んでいる12道県の知事⁹で構成しており、2020年1月に発足した後、国などに提言を繰り返している。最新の2024年8月の提案では「医師が不足している地域における医師確保が図られないまま、時間外労働の規制の取組などの医師の働き方改革が推進された場合、当該地域における医療提供体制に多大な影響を与える」などと指摘し、大学病院による医師派遣に対する財政支援の拡充などを訴えていた。

結局、懸念された事態はひとまず回避¹⁰された形であり、厚生労働省事務次官の伊原和人氏も「(筆者注：働き方改革施行時期の)4月は何とか乗り越えた」と述べている¹¹が、残業時間の削減は労働投入量を意味するため、中長期的に見ると、医師の超過勤務で維持されていた機能が縮小するなど、診療体制の見直しは避けられない。

このため、医師の働き方改革の影響は今後、ジワジワと広がる可能性が高い。こうした状況の下、偏在是正対策を強化する必要性が武見氏から示され、議論が加速したというわけだ。次に、武見氏の問題提起からの流れを整理する。

5——医師偏在を巡る最近の動向(1)～武見氏の唐突な発言～

「(筆者注：これまでも偏在是正を) 試行錯誤してきたが、解消できない。地域において医師の数の割り当て、これも本気で考えなきゃならない」——。医師偏在是正の議論が盛り上がる契機は2024年4月、NHKの討論番組で示された武見氏の発言だった¹²。

その後、国会で発言の真意を問われた武見氏は「問題を解決するためにはやはり思い切った手だて

は医師偏在是正と医師の働き方改革、病院再編などを目指す地域医療構想の3つを組み合わせる考え方であり、2019年5月の経済財政諮問会議に出席した根本匠厚生労働相が「(筆者注：地域医療構想を) 医療従事者の働き方改革や医師偏在対策といった医療人材に関する施策と三位一体で推進をいたします」とし、2040年をメドに「どこにいても質が高く安全で効率的な医療」を目指す考えを示していた。同日議事録と資料を参照。

⁹ 構成メンバーは青森、岩手、秋田、山形、福島、茨城、栃木、群馬、新潟、長野、静岡、宮崎の各県知事。

¹⁰ この関係ではメディアの調査報道で、2024年4月時点で大きな影響が出なかった可能性が示唆されている。具体的には、全国の医師を対象にした調査で、「診療日や時間帯を減らすといった診療制限の影響」を尋ねる項目があり、「影響が生じている」と答えた大学病院の回答は公立や民間よりも7ポイントほど上回った。このため、大学病院が医師の派遣を続けた結果、地域の医師不足は回避できたものの、その分だけ診療制限を余儀なくされている可能性が示唆されている。2024年9月4日『日経メディカル』配信記事、同月3日『日本経済新聞』を参照。さらに、2024年10月に公表された日医の調査でも、医師派遣を受け入れている医療機関(2,927施設)では、引き揚げで医師数が昨年度よりも減少した医療機関は11.2%となり、直前調査の13.0%から減っていた。

¹¹ 2024年9月1日『社会保険旬報』No. 2938におけるインタビュー記事を参照。

¹² 2024年4月7日放映のNHK番組における発言。同日配信の『朝日新聞デジタル』記事を参照。

がこれからは必要になる」「医師数の割当てといったようなことも一つの検討課題になってきたということをあの場で申し上げた」と説明¹³。別の日の国会¹⁴でも、既存の取り組みの実効性に疑問を呈しつつ、「私も相当覚悟を持って発言したつもりであります」「ある一定の規制の方法を含めて、かなり、前例にとらわれない方法でこの問題を解決する、そういう政治的リーダーシップが今は必要になってきている」との認識を披露した。その上で、骨太方針までに検討を加速させ、同年 12 月末をメドに「具体的なもの」を作る意向を明らかにした。

その翌日の記者会見でも、「これまでの偏在対策をさらに進めるため、前例にとらわれない対策の検討を行うべき」「検討を行う際には、規制的手法だけでなく、インセンティブを組み合わせる方法やオンライン診療の活用等も組み合わせて包括的に検討したい」と意欲を示した¹⁵。

6——医師偏在を巡る最近の動向(2)～財務省の提案～

1 | 地域別診療報酬制度の活用を要請

この問題について、財務省も独自の視点で問題提起した。2024 年 4 月の財政制度等審議会（財務相の諮問機関、以下は財政審）の席上、都道府県が診療報酬単価を調整できる「地域別診療報酬制度」を使う可能性とか、医師が過剰地域で開業規制を導入する選択肢が示された。

ここで言う地域別診療報酬制度とは、医療費適正化などを目的に、1 点＝10 円と定められた診療報酬単価を都道府県が操作できる制度。既に高齢者医療確保法（以下、高確法）に根拠規定が設けられており、最近の財務省は都道府県単位で負担と給付を完結させる手段として、地域別診療報酬制度を重視している。これを医師偏在是正でも活用するアイデアであり、2023 年 11 月の建議（意見書）では「診療所の地域間の偏在への対応として、将来的に地域別の報酬体系への移行を視野に入れつつ、当面の措置として、診療所過剰地域における 1 点当たり単価の引下げを先行させ、それによる公費節減等の効果を活用して医師不足地域における対策を別途強化すべきである」と訴えていた。

この方針は 5 月の建議にも反映され、「診療所の報酬適正化に加えて、地域別診療報酬を活用したインセンティブ措置を検討する必要がある。診療所不足地域と診療所過剰地域で異なる 1 点当たり単価を設定し、報酬面からも診療所過剰地域から診療所不足地域への医療資源のシフトを促すことを検討する必要がある」「当面の措置として、診療所過剰地域における 1 点当たり単価（10 円）の引下げを先行させ、それによる公費の節減効果を活用して医師不足地域における対策を別途強化することも考えられる」と定めた。

さらに、財政審建議ではドイツやフランスでは診療科別、地域別の定員を設ける仕組みを取っているとして、規制的手法の可能性も言及された。

なお、財政審建議では、地域別診療報酬制度に言及する直前に「改革工程に基づく経済的インセンティブ措置として…」という一文が盛り込まれている。ここで言う改革工程とは少子化対策の財源確保策として、2023 年 12 月に定められた「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋」を指しており、ここでは医師の偏在是正に関して、「都道府県知事の権限強化」を検討する旨の文言が盛り込まれてい

¹³ 2024 年 4 月 10 日、第 213 回国会衆議院厚生労働委員会における発言。

¹⁴ 2024 年 4 月 15 日、第 213 回国会衆議院決算行政監視委員会における発言。

¹⁵ 2024 年 4 月 16 日の記者会見における発言。厚生労働省ウェブサイトを参照。

た¹⁶。つまり、地域別診療報酬制度の活用案は年末の時点で閣議文書に「ピン止め」されており、今回の建議で引用された形と言える。

2 | 財務省提案に対する反応

こうした財務省の提案に対し、反対意見が広がった。まず、日医が直ちに拒否の反応を示した。元々、地域別診療報酬制度を活用しようとする財務省の提案に対し、日医は反対してきた経緯¹⁷があり、今回も日医会長の松本吉郎氏が「わが国では、国民皆保険である公的医療保険制度の下、誰もが、どこでも、一定の自己負担で適切な診療を受けられることを基本的な理念とし、診療報酬について、被保険者間の公平を期す観点から、全国一律の点数が公定価格として設定されている」と解説。その上で、医療機関の分布は各地域の人口に応じて現在の形に落ち着いているとして、「診療所の過不足の状況に応じて診療報酬を調整する仕組みは、わが国の人口分布の偏りに起因するものを、あたかも医療で調整させるような極めて筋の悪い提案だ」と一蹴した¹⁸。

病院の経営者などで構成する四病院団体協議会でも、「もってのほかで、やり方が逆だ。都会で最も人件費や経費がかかる病院に影響が出てしまう」との反発が示されたという¹⁹。

医師偏在対策に前向きな姿勢を示していた武見氏も記者会見で、診療所の不足地域の患者負担が過剰地域に比べて高くなるとして、「患者の理解を得られるのか」と疑問を呈した²⁰。つまり、財務省の提案に従うと、同じ治療でも医師不足地域で受診すれば患者負担が重くなる一方、都市部では患者負担が低くなるため、患者の理解を得られないのではないか、と指摘したわけだ。

7——医師偏在を巡る最近の動向(3)～骨太方針策定までの動き～

医師偏在是正は2024年5月の経済財政諮問会議でも話題となり、民間議員が「経済的インセンティブと規制的手法のベストミックスを使って対応することが大事」と提案した²¹。臨時議員として出席した武見氏も「前例にとらわれない医師偏在対策の推進等を徹底していく」と応じ、議長の岸田文雄首相も「偏在是正のため、効果的な手法のベストミックスを検討する」と語った²²。

結局、6月に閣議決定された骨太方針は下記のような表現となり、「総合的な対策のパッケージ」が2024年末までに示されることになった。

¹⁶ 少子化対策の財源確保では、最大2兆円の社会保障給付費を効率化することになっており、改革工程で見直し策が列挙されている。改革工程の内容や実現可能性などに関しては、2024年2月14日拙稿「[2024年度の社会保障予算の内容と過程を問う\(下\)](#)」を参照。

¹⁷ ここでは詳しく触れないが、医療費適正化の文脈に限らず。地域別診療報酬制度の実施について、日医は反対し続けている。例えば、奈良県が2020年7月、新型コロナウイルスへの対応策として、地域別診療報酬制度の単価を引き上げることが提案したが、当時の中川俊男会長は「規定を拡大解釈して、あるいは転用して、都道府県間における給付格差をもたらすことに、改めて明確に反対する」と拒否した。地域別診療報酬制度を巡る議論については、2023年8月25日拙稿「[全世代社会保障法の成立で何が変わるのか\(下\)](#)」を参照。

¹⁸ 2024年4月17日の記者会見における発言。日医ウェブサイトを参照。

¹⁹ 2024年5月22日、四病院団体協議会総合部会終了後の記者会見における全日本病院協会会長の猪口雄二氏の発言。同月23日配信の『m3.com』記事を参照。

²⁰ 2024年4月19日の記者会見における発言。厚生労働省ウェブサイトを参照。

²¹ 2024年5月23日、経済財政諮問会議議事要旨における東大教授の柳川範之氏の発言を参照。

²² 同上における発言を参照。

医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、医師確保計画を深化させるとともに、医師養成過程での地域枠の活用、大学病院からの医師の派遣、総合的な診療能力を有する医師の育成、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組、経済的インセンティブによる偏在是正、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大等の規制的手法を組み合わせた取組の実施など、総合的な対策のパッケージを 2024 年末までに策定する。

ここでは既に「医師確保計画を深化」「地域枠の活用」「リカレント教育の実施」など政策の方向性が示されているが、詳細は後述することとし、この決定を通じて、総合的な対策が 2024 年 12 月末までに示されることが確定したことになる。

8——医師偏在を巡る最近の動向(4)～武見氏のプランと推進本部の設置～

1 | 近未来戦略の公表

その後、2024 年 8 月には武見氏によるプランとして「近未来健康活躍社会戦略」（以下、近未来戦略）が公表された。近未来戦略では、医療・介護分野における DX（デジタルトランスフォーメーション）など様々な施策²³が打ち出されており、必ずしも医師の偏在是正だけに力点が置かれたわけではない。

このうち、医師偏在是正に関しては、骨太方針の表記に従うような形で、図表 3 の通り、「総合的な対策のパッケージ骨子案」として、(1) 医師確保計画の深化、(2) 医師の確保・育成、(3) 実効的な医師配置——の 3 つに関して施策の方向性が盛り込まれるとともに、2024 年末までに総合的なパッケージを策定すること、さらに 2027 年度までに実施するという工程表も示された。

まず、1 つ目の医師確保計画の深化では、2027 年度からスタートする医師確保計画のガイドラインの策定に向け、重点的な支援対象区域を選定するなど規定した。

次に、2 番目の医師の確保・育成では、▽医師少数区域などでの勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大、▽外来医師多数区域の都道府県知事の権限強化、▽保険医制度に関する規制的手法の確立、▽臨床研修の広域連携型プログラムの制度化、▽中堅医師に対し、全人的かつ継続的なケアを提供する総合診療能力に関わる再教育、▽医師多数県の臨時定員地域枠の医師少数県への振り替え——が列挙された。

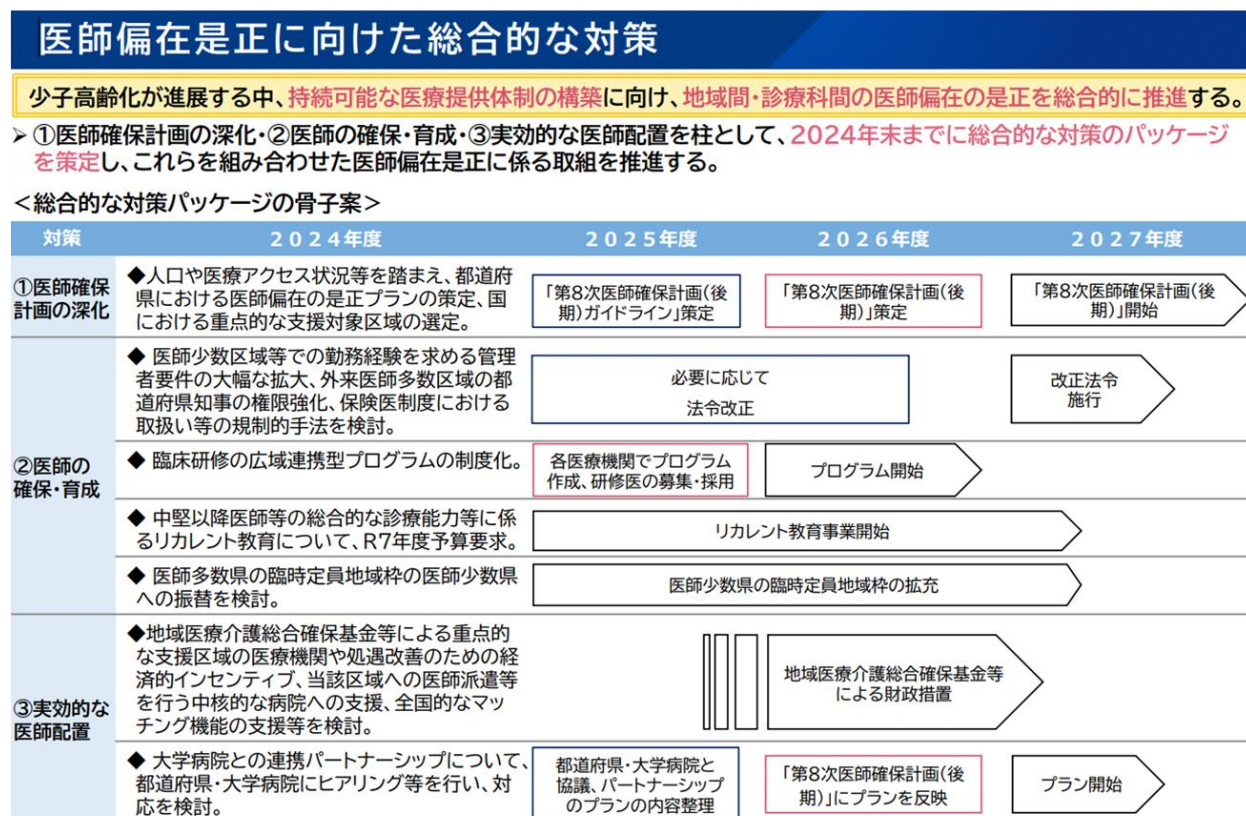
このうち、総合診療能力に関わる再教育では、中堅医師の学び直しが意識されている。一般的に医療資源が不足している地域では、住民の健康上の悩みや課題を少ない資源で広範囲に対応する必要がある。このため、高度に専門分化した医師よりも、日常的なケガや病気に対応する総合診療能力を持った医師の方がベターであり、大学病院などで勤務している医師が開業医にキャリアチェンジする際の選択肢を広げる方策として、リカレント教育を通じて総合診療能力を身に付けてもらう必要性が言及されている。この関係では、2025 年度予算概算要求で必要経費が盛り込まれている。

²³ ここでは詳しく触れないが、近未来健康活躍社会戦略では、医療・介護の DX 化に加えて、▽不正や品薄が指摘されている後発医薬品（ジェネリック）産業の再編、▽女性・高齢者・外国人の活躍促進、▽医療イノベーションの推進、▽海外で認可されている薬が日本で使えない「ドラッグ・ラグ」「ドラッグロス」の解消も含めた創薬イノベーションの推進、次の大規模感染症を備えた対策の強化、▽外国医療人材の育成などの国際貢献——といった分野で方向性が示されている。

3 つ目の実効的な医師配置では、地域医療介護総合確保基金などを通じた経済的なインセンティブの付与とか、医師少数区域などに医師を派遣する中核的な病院への支援、全国的なマッチング機能、大学病院との連携パートナーシップに向けた検討が示された。

ここで言う地域医療介護総合確保基金とは、引き上げた消費税率の一部を活用しつつ、都道府県に設置されている財政支援制度。地域医療構想の実現に必要な病床再編や医師・介護職の確保。医師の働き方改革の推進などに使われている。近未来戦略では、医師少数区域などに医師を誘導するための手段として、同基金を活用する可能性が示されたことになる。

図表3：近未来健康活躍社会戦略に盛り込まれた医師偏在是正の総合的な対策の概要



出典：厚生労働省資料から抜粋

2 | 推進本部の設置

2024 年 9 月には「医師偏在対策推進本部」（以下、推進本部）が発足した。本部長に就いた武見氏は「医師の偏在是正対策はもはや待ったなしの課題」「この解消なしに国民皆保険制度を維持することはできないとの切迫感を持っている」「私が本部長として全体の指揮をとり、医師偏在の解消を実現すべく具体的な検討を加速化させていく。医師の偏在を何としても解消するという強い覚悟と決意を持って、精力的な検討をお願いしたい」と改めて強調した²⁴。

さらに、推進本部では近未来戦略の内容をベースにしつつ、詰めなければならない論点が提示された。その内容は概ね図表 3 と重なっており、1 番目の医師確保計画の関係では、都道府県が主体的に取り組む上での国の支援策が示された。

²⁴ 2024 年 9 月 21 日『社会保険旬報』No. 2940 を参照。

2 つ目の「医師の確保・養成」では、医師少数区域などでの勤務を後押しするため、臨床研修の広域連携型プログラムの制度化などが改めて列挙された。さらに、外来医療計画の強化に向けて、「外来医師多数区域における新規開業希望者に対する医療機能の要請等の現行の仕組みをより実効力のあるものとする等の規制的手法について、医療法等における位置づけを含めて検討すべきではないか」とされた。この部分では、外来医師多数区域で新規開設を希望する者に対し、地域で不足する医療機能を担うように要請する現行制度の強化を意味している。

3 番目の「医師の実効的な配置」でも、図表 3 に盛り込まれた通り、地域医療介護総合確保基金の活動を通じた経済インセンティブの付与や中核的病院への支援などが言及された。敢えて図表 3 の近未来戦略との違いを挙げると、推進本部のペーパーでは、診療報酬を通じた対策の可能性が言及された程度である。

以上のような経過を見ると、武見氏の主導で議論が本格化した経過を見て取れる。結局、武見氏は 2024 年 10 月の新内閣発足で厚生労働相から退いたが、骨太方針や推進本部の設置などを通じて、偏在対策を強化する下地が固まっており、大枠が変わることはないと思われる。厚生労働省事務次官の伊原氏も「今までできていない工夫が必要になっている」と述べている²⁵。

9——検討組織で示された制度改革の論点と方向性

こうした経緯を踏まえ、厚生労働省の検討組織で議論が本格化した。先に触れた通り、偏在対策検討会が 2024 年 1 月から検討を開始しており、医学部の臨時定員を振り替える方向性などが武見氏の発言以前から議論されていた。

しかし、この偏在対策検討会では医学教育や医師養成課程の議論に留まるため、同年 9 月以降に開かれた社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）の医療部会と医療保険部会でも議論が始まった。さらに、2025 年で期限切れを迎える地域医療構想の後継を議論するため、2024 年 3 月から始動していた「新たな地域医療構想等に関する検討会」（以下、新構想検討会）でも偏在対策が話し合われることになった。

このうち、2024 年 10 月に開催された新構想検討会では、近未来戦略に盛り込まれた「総合的な対策のパッケージ骨子案」に沿って、施策の選択肢や論点が網羅的に打ち出された。

以下、その以前の会議で示されていた案も含めて、内容を概観すると、骨子案の 1 番目に入った医師確保計画に関しては、図表 4 の通り、優先的かつ重点的に対策を進める区域を「重点医師偏在対策支援区域（仮称）」として設定する案とか、医師確保計画で「医師偏在是正プラン（仮称）」を作成して「重点医師偏在対策支援区域（仮称）」、対象医療機関、必要医師数を具体的に示す方向性が示された。

さらに、骨子案の 2 つ目に入っていた規制的手法に関しても、外来医師多数区域で開業を希望する医師に対し、地域で不足する医療機能を要請する仕組みの見直しが示された。具体的には、現行の仕組みはガイドラインにとどまっているため、医療法に明記する方針とともに、▽地域で不足している医療機能を担うという合意欄を届出書類に設け、協議の場で確認、▽合意欄での記載がないなど、新

²⁵ 2024 年 9 月 1 日『社会保険旬報』No. 2938 におけるインタビュー記事を参照。

規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合、新規開業者に対し、臨時の協議の場への出席を要請、▽臨時の協議の場で構成員と新規開業者で協議した内容を公表——といった形で、現行の仕組みを強化することの是非が示された。さらに、外来医師多数区域における開業の許可制とか、開業医の数などに関して上限を定める制度の是非も論点として提示された。

図表4：厚生労働省が示した医師偏在是正策の論点

骨子案の①（医師確保計画など）

- 重点支援区域の設定
 - 人口規模、地理的条件、今後の人口動態等から、医療機関の維持が困難な地域もあり、まず早急に取り組む地域の対策として、優先的かつ重点的に対策を進める区域を「重点医師偏在対策支援区域（仮称）」として設定することについて、どのように考えるか。
 - 「重点医師偏在対策支援区域（仮称）」は、医師偏在指標とともに、可住地面積あたりの医師数、住民の医療機関へのアクセス状況、医師の高齢化の状況等も考慮して設定。
- 医師偏在是正プランの策定など
 - 都道府県の医師確保計画で「医師偏在是正プラン（仮称）」を策定し、「重点医師偏在対策支援区域（仮称）」や対象医療機関、必要医師数を具体的に提示することについて、どう考えるか。その際、「重点医師偏在対策支援区域（仮称）」については、国で一定の基準を設けた上で、都道府県と調整して、選定することをどのように考えるか。

骨子案の②（規制的手法など）

- 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大
 - 認定医師を管理者としなければならない医療機関として、現行は地域医療支援病院のみを対象としているが、対象医療機関を拡大することについて、どのように考えるか。
- 医師少数区域等での勤務経験期間の延長
 - 認定医師に求める医師少数区域等での勤務経験を、現行の6カ月以上から延長することについて、どのように考えるか。例えば1年以上とすることについて、どのように考えるか。
- 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請などの仕組みの実効性の確保
 - 現行の仕組みを医療法に位置付けるとともに、外来医師多数区域の新規開業希望者に対して、事前に診療所で提供する予定の医療機能を記載した届出を求め、都道府県において当該届出の内容を踏まえ、不足している医療機能の提供を要請することについて、どのように考えるか。
 - 外来医師多数区域において正当な理由なく要請した地域で必要な医療機能を提供しない場合は、都道府県において勧告・公表を行うこと、併せて、実効性を確保するため、保険医療機関制度における取扱いについて、どのように考えるか。
 - 外来医師多数区域での開業を許可制とし、開業の上限を定めることについて、どのように考えるか。
- 保険医療機関の管理者要件
 - 保険医療機関の管理者を法律に規定し、管理者要件として一定期間の保険医勤務経験を設定するなどの方策について、どのように考えるか。

骨子案の③（経済インセンティブなど）

- 経済インセンティブの設定
 - 優先的かつ重点的に対策を進める区域として設定される「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」における医師確保を推進するため、経済的インセンティブとして、どのような対応が考えられるか。
 - 「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」で必要な医療機能を維持することに対する国や地方のほか、保険者等からの協力の在り方について医療保険部会等でも検討することとしてはどうか。
 - 地域間・診療科間の医師偏在是正の観点から診療報酬において、どのような対応が考えられるか。
- 全国的なマッチング機能の支援
 - 中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師偏在是正やセカンドキャリア構築支援に向けて、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験に繋ぎ、医師不足地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うような、全国的なマッチング機能の支援を行うことについて、どのように考えるか。
- 都道府県と大学病院等の連携パートナーシップ協定
 - 都道府県における地域医療対策協議会等による医師派遣調整機能等を強化するため、都道府県と大学病院等の連携パートナーシップ協定の締結を推進することについて、どのように考えるか。

出典：厚生労働省資料を基に作成

このほか、保険医療機関の管理者を法律に規定するとともに、管理者要件として一定期間の保険医勤務経験を設定する選択肢も提示された。つまり、「保険医として一定期間、働くことの勤務義務化→自由診療に流れる医師の減少→保険医として働く医師の増加→偏在対策の解消に繋がる基盤づくり」という経路を期待していると考えられる。

経済的インセンティブの方策としては、税財源による誘導に加えて、診療報酬の活用も論点として挙げられた。地域枠や医師養成などについて、パートナーシップ協定を結んでいる新潟県など事例を

参考に、その方策を検討する必要性も言及された。

では、こうした厚生労働省の検討に対し、どんな反応が寄せられているのだろうか。以下、近未来戦略に先立つ形で示された日医の考え方に加えて、検討組織における関係者、関係団体の発言を考察することで、選択肢を検討する際の論点を抽出する。

10——厚生労働省の案に対する反応

1 | 6項目に及ぶ日医の提案

日医の考え方は2024年8月、松本氏の記者会見で公表された。その概要は図表5の通りである。

以下、記者会見における発言や資料、専門メディアの記事²⁶などを参照しつつ、内容を整理すると、松本氏は記者会見で、「一つの手段で解決するような『魔法の杖』は存在せず、その解決のためには、あらゆる手段を駆使して複合的に対応していく必要がある」「もう一段階ギアを上げて、医師偏在対策に主体的かつ積極的に取り組み、地域医療の強化につなげていきたい」としつつ、「医師多数区域・少数区域といった全国一律の基準で物事を言うのではなく、行政、大学病院や派遣する病院、

図表5：医師偏在に関して、6項目に渡る日本医師会の提案

1：公的・公立病院の管理者要件

- 2020年度以降に臨床研修を開始した医師では、地域医療支援病院の管理者要件として、医師少数区域で6カ月以上の勤務経験を求めている。この枠組みを公的・公立病院まで拡大。
- 臨床研修医への導入や、後期研修医などの若手医師の研修で、医師少数地域での研修期間を伸ばすプログラムも検討。

2：医師少数地域の開業支援等

- 医師少数区域で新たに診療所を開業する医師に対し、開設から一定期間の資金支援策を創設するとともに、医師少数区域で働く勤務医や開業医の確保・派遣を強化。

3：全国レベルの医師マッチング支援

- 医師が不足する地域での勤務を希望する医師に対し、リカレント研修や現場体験を行いつつ、医師少数地域での勤務を全国的にマッチングする仕組みを創設。

4：保険診療実績要件

- 保険診療の質を高めるため、保険医療機関の管理者として、卒業後一定期間の保険診療実績の要件に追加。

5：地域医療貢献の枠組み推進

- 現行の地域で必要とされる医療機能を担うことへの要請の枠組みを制度化し、地域で足りない医療機能を強化し、実績をフォローアップする仕組みの導入。

6：医師偏在対策基金の創設

- 以上、5つの政策を今後5年から10年で推進するため、1,000億円程度の規模の基金を国が創設。

出典：日本医師会資料を基に作成

医師会、医療関係団体、住民の協議等を踏まえ、それぞれの地域で今何が足りないのか、どういったところが本当に必要なのかをまず議論すべきである」と説明した。

最初の部分では、今後医師免許を取得する医師のキャリア形成に十分に配慮した上で、医師少数地域の勤務経験を地域医療支援病院の管理者に求めている要件を公的・公立病院に拡大する必要性とともに、医師少数区域における若手研修医の研修期間を伸ばすことが提案された。松本会長によると、

²⁶ 2024年9月2日『週刊社会保障』No. 3282、同年9月1日『社会保険旬報』No. 2938、8月21日『m3, com』配信記事。

「きちんとキャリアを進める研修プログラムを工夫し、地方で勤務したいというモチベーションを持ってもらえるよう環境を整えることが前提」としている。

2 つ目の「医師少数地域の開業支援等」では、▽医師少数地域で診療所を開設する医師に対し、開設から一定期間の資金支援策を創設、▽医師少数地域で働く医師（勤務医・開業医）の確保・派遣を強化、▽診療所医師の高齢化による事業承継支援——などを挙げた。

3 点目の「全国レベルの医師マッチング支援」では、医師少数区域などでの勤務を希望する医師に対し、リカレント研修や現場体験を実施しつつ、都道府県域を超える場合、医師少数地域での勤務を全国的にマッチングする仕組みを指している。会見では、日医が委託を受ける形で、女性医師の就業・復帰などを支援している「女性医師支援センター」のノウハウの活用も言及された。

4 つ目の「保険診療実績要件」について、松本氏は「医師になったからには、一定期間、保険医療機関で保険医としてある程度勤務をしてほしいという願いがあり、それを担保する」「将来保険医療機関の管理者になるためには、保険医療機関で保険医として、一定期間勤務することを要件とすることを提案したい」と述べた。これは少し分かりにくい、「美容整形などの自由診療に若手医師が進んでいることに対する牽制という意味合い」²⁷と考えられる。

5 番目の「地域医療貢献の枠組み推進」に関して、公表資料では「現行の地域に必要とされる医療機能を担うことへの要請の枠組みを制度化するとともに、地域で足りない医療機能を強化し、実績をフォローアップする仕組みを導入すべき」としており、これは外来医療計画の強化を意味している。既に触れた通り、現行の外来医療計画では新規開業する医師に対し、在宅医療など地域で不足する機能を担うことを要請するとともに、受けられない場合、調整会議などへの出席を要請し、その協議結果などを住民に公表することになっている。

しかし、松本会長は「それほど実践されていないのが現状」としつつ、強化策の選択肢として、「地域医療の実績を3年後に確認するなど継続的にフォローアップする仕組みの導入」を例示した。

6 点目については、「医師偏在対策を5～10年で推進するため、1,000億円規模の基金を国で設置」する案であり、松本氏は「医師偏在対策はディスインセンティブで行うのではなく、補助金等によるインセンティブを設けるのが大前提」と強調した。

2 | 日医の提案と近未来戦略などとの共通点

これらを見ると、日医会長の松本氏が「共通している部分が多かったように思う」²⁸と評している通り、厚生労働省が示している案と、日医の6項目提案には重なっている部分が多いことに気付く。例えば、医師少数区域などでの勤務経験を求める管理者要件の拡大とか、外来医師多数区域に関する都道府県知事の権限強化は概ね共通している。さらに、基金の設置など経済的インセンティブの付与や全国的なマッチング支援も軌を一にしている。

このように方向性が一致している点が多いのは、松本氏が指摘する通り、「魔法の杖」が存在しないためであろう。つまり、幾つかの施策を同時並行的に実施する必要がある、両者の主張における共通点が大きくなったと言える。

²⁷ 村上正泰（2024）「日医の医師偏在対策について考える」2024年9月15日号『医薬経済』を参照。

²⁸ 2024年10月1日『社会保険旬報』No. 2941を参照。

しかし、日医は伝統的に専門職集団としての自律性（プロフェッショナル・オートノミー）を重視しており、規制の大幅強化には警戒心も見られる。実際、2024年4月のNHK番組で、武見氏が「国家による医師の割り当て」に言及した際、同じ番組に出演していた日医名誉会長の横倉義武氏が「割り当てをすると、相当抵抗がある。強制じゃないやり方を考えていただきたい」と注文を付ける一幕があった²⁹。

さらに、番組から約1週間が過ぎた記者会見で、日医会長の松本氏も「いきなり強制的な力を働かせることには慎重になるべきだ」と釘を刺している³⁰し、議論が本格始動した後も、松本氏は「拙速な対応をすることで、現場にハレーションを起こすことを懸念している」³¹と述べている。このため、両者の意見が全ての論点で一致しているわけではない。

さらに、厚生労働省の案は様々な選択肢が併記されており、2024年9月以降、厚生労働省の検討組織に議論の舞台が移ると、その内容を巡って関係者の意見対立が見られた。特に、開業の自由を制限する規制的手法には日医が難色を示す一方、診療報酬を用いた経済的な誘導策には健康保険組合連合会（以下、健保連）など保険料を支払う側がクギを刺す場面があった。このほか、「医師多数」「どちらにも属さない」とされた地域は偏在是正対策の対象外になるため、こうした地域から反発の声も出ている。

以下では、論議を「経済的なインセンティブと規制的手法を巡るせめぎ合い」「潜在的な地域間の対立」「管理者要件の拡大などの論点」に分けて概観する。

3 | 経済的なインセンティブと規制的手法を巡るせめぎ合い

医療部会は医療政策の論点を全般的に議論する社会保障審議会の常設機関であり、2024年9月の会合では「規制的手法」「経済的なインセンティブ」が話題になった³²。具体的には、日本労働組合総連合会（以下、連合）総合政策推進局長の佐保昌一氏が「効果が見えない中でのインセンティブ付与には大きな疑問を感じ、医療提供体制の確保は国・都道府県等の責任」「診療報酬などのインセンティブを付与し、患者や被保険者に負担を求めることは納得できない。医師偏在対策は『規制的手法』を中心に行うべき」と強く指摘した。さらに、健保連専務理事の河本滋史氏も「インセンティブによる偏在対策は理解できる部分もあるが、『保険料を給付以外に使う』ことには説明がつかない。現時点では賛成できない」と応じた。

つまり、経済的なインセンティブの手法として、医師派遣機能を持つ医療機関に対する診療報酬上の加算などが採用された場合、保険料や患者の負担増に跳ね返るため、保険料を負担する立場の代表として、「保険料や患者負担に転嫁されるような対応は認められない」「対策を講じるのであれば、規制的手法で」とクギを刺した形だ。

続く医療保険部会でも同様の議論が展開された³³。医療保険部会は主に医療保険制度の運営を議論

²⁹ 2024年4月7日放映のNHK番組における発言。同日配信の『朝日新聞デジタル』記事を参照。

³⁰ 2024年4月17日の記者会見における発言。同日配信の『共同通信』記事を参照。

³¹ 2024年10月1日『社会保険旬報』No. 2941を参照。

³² 以下、医療部会の引用は全て2024年9月5日における発言。同月21日『社会保険旬報』No. 2940、同月6日の『Gem Med』配信記事、同月5日の『m3.com』配信記事を参照。

³³ 以下、医療保険部会の引用は全て2024年9月19日における発言。2024年10月1日『社会保険旬報』No. 2941、同年9月

する社会保障審議会の常設機関であり、国民健康保険中央会（以下、国保）常務理事の池田俊明氏が「保険あってサービスなしといった地域は存在しないようにしなくてはならない」「特に国保は中山間地域や離島など医療機関の少ない地域に多くの被保険者が居住し、医師をはじめとした医療介護従事者の確保がこれまでも大きな課題となっている」と指摘。その上で、保険者として直営診療施設（いわゆる国保病院、国保診療所）を設置することで医療サービスの確保や偏在是正に貢献してきた点を引き合いに出しつつ、「従来にとどまらない思い切った取り組み」を促した。

一方、厚生労働省の資料に「保険者の協力」という文言が入っていた点について、健保連会長代理の佐野雅宏氏が「仮に保険料を保険給付以外に使うことになった場合、被保険者や事業主に説明がつかない」と反対を表明。経団連専務理事の井上隆氏、連合副事務局長の村上陽子氏も、診療報酬によるテコ入れ策や保険料の充当について反対した。

さらに、その後に開催された新構想検討会³⁴でも、財政審などで委員を務める慶應義塾大学教授の土居丈朗氏が医師養成や保険診療に多額の保険料や公費（税金）を使っている点を引き合いに出しつつ、「規制的手法はまだ甘い」「自由の制限をしっかりと位置付けていかないといけない」と指摘。その上で、「外来医師多数区域での規制で、偏在是正の端緒を開いていくことが必要」「（筆者注：外来医師多数区域の）勧告に従わない場合は保険医療機関の指定の取り消しもあり得る程度に強化しないと実効性が担保できない」などと話した。健保連の河本氏も「国の関与と強力な規制で過剰な開業を抑制しなければならない」「医師多数区域での新規参入では、不足する診療科・医療機能を充足する場合のみ保険医療機関として指定し、守らない場合は取り消すことをルール化すべき」と規制強化を訴えた。

これに対し、日医常任理事の江澤和彦氏は「取り消し等の行き過ぎた規制は全くあり得ない」として反対した。つまり、経済的なインセンティブ、特に診療報酬の活用を警戒する健保連などの委員が規制的手法に傾斜しようとする、プロフェッショナル・オートノミーを重視する日医が難色を示す構図が浮き彫りになったと言える。

4 | 地域間の潜在的な利害対立

隠れた論点として、地域同士の潜在的な利害対立も指摘できる。先に触れた通り、岩手県や新潟県などで構成する「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」が国に対して制度改正などを提言しているが、「医師多数」「どちらにも属さない」と位置付けられた地域から見ると、医師偏在是正の対象から外れることになるため、医師確保を巡って地域間で利害対立が起り得る。

実際、「医師多数」に位置付けられた都府県のうち、東京と京都、大阪の都府県を除く13県知事が連名で要望書を厚生労働省に提出した。ここでは、中山間地域や離島などでは医師確保が難しいとして、医学部定員を削減すべきでないなどと主張しており、鳥取県知事の平井伸治氏は「医師不足の実態を抱える地方にも『医師多数県』のレッテルを貼っている」と不満を漏らした³⁵。さらに、東京都医師会も美容整形など自由診療のクリニックも多い点を引き合いに出しつつ、「東京は不当に多いとみ

20日『Gem med』配信記事、同月19日『m3.com』配信記事を参照。

³⁴ 以下、新構想検討会の引用は全て2024年9月30日における発言。同月1日『Gem med』『m3.com』の配信記事を参照。

³⁵ 2024年10月31日『毎日新聞』、同月10日『共同通信』配信記事を参照。

なされている可能性がある」と主張している³⁶。

しかも、医師偏在指標については、仕組みができた当初から画一性に批判が出ており、日医が 2019 年 10 月に示した地域医療対策委員会中間答申では、「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」といった形で、数字が独り歩きすることに対する懸念が示されていた。その後も「医師確保対策のほぼ全てにこれ（筆者注：医師偏在指標）が使われているということについては、もっともっと慎重にならないといけないのでは」³⁷という注文も付いていた。このため、偏在対策の議論が本格化すれば、対象から外れる地域から不満が出るのは必然と言える。

実は、こうした対立は一部の県の医師確保計画で潜在的に表れていた。医師確保計画では「医師多数」「どちらにも属さない」と指定された区域でも、医師不足が深刻な地域については、図表 6 の通り、都道府県の判断で「医師少数スポット」を設定することで、独自の施策を展開できるようになっている。つまり、「医師多数区域」「どちらにも属さない区域」を原則としつつ、例外的に「医師少数スポット」を設定できる余地を残して

いるわけだ。医師確保計画に関する厚生労働省のガイドラインでは「医師少数スポットの設定は慎重に行う必要がある」と定められている。

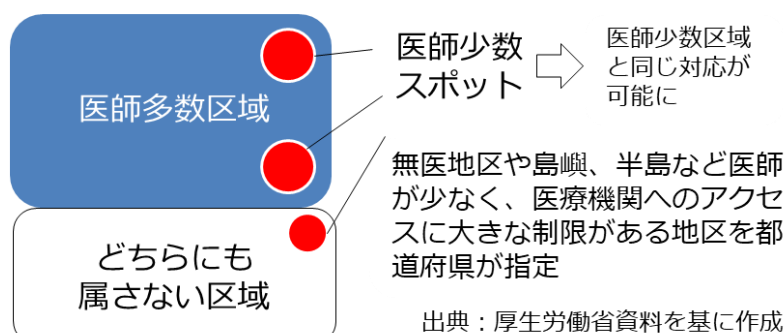
ところが、一部の県では「医師少数スポット」を大きく設定することで、実質的に区域全体を「医師少数区域」としているような事例が見受けられる。

例えば、医師多数県と位置付けられている高知県の医師確保計画を見ると、高知県では 4 つの医療圏のうち、中央が「医師多数区域」、東部の安芸と西部の高幡が「どちらにも属さない区域」、幡多が「医師少数区域」となっている。

これに対し、中山間地域が多い地域特性に鑑み、中央では高知と南国両市を除く全ての市町村、安芸と高幡では全ての市町村を「医師少数スポット」に位置付けている。この結果、医師少数区域の幡多を含めると、高知市と南国市を除く全ての市町村を医師少数区域または医師少数スポットとして運用できるようになっている。

一方、恒常的な医師不足に悩む青森県の医師確保計画でも同様の「拡大解釈」が見受けられる。青森県の場合、6 つの 2 次医療圏のうち、4 つが「医師少数区域」、津軽は「医師多数区域」、青森は「どちらにも属さない区域」となっているが、同県の医師確保計画を見ると、▽医師少数区域になるかどうかの分水嶺は全国的に概ね人口 10 万人対医師数が 200 人を切る水準、▽同じ数字を津軽、青森両区域の市町村単位で見ると、弘前市と青森市を除く地域では。この数字を割り込んでおり、局所的に医

図表6：医師少数スポットのイメージ



³⁶ 2024 年 10 月 8 日の記者会見における東京都医師会理事の増田幹生氏の発言。同月 21 日社会保険旬報 No. 2943 を参照。

³⁷ 2022 年 5 月 11 日、地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ議事録における全国医学部長病院長会議理事の大屋祐輔氏の発言。

師が少ない——という理由で、津軽区域では弘前市を、青森区域では青森市を除く全ての市町村を医師少数スポットにしている。つまり、両区域では原則と例外が逆転しているわけだ。

しかし、両県の事例を批判することが筆者の本意ではない。むしろ、「現行制度の枠内で、自治体が地域特性に応じて、独自に判断した結果」と前向きに評価している。分かりやすく言えば、自治体がガイドラインを読み込み、「知恵」を働かせたと言える。

その半面、医師確保計画の前提を崩しかねない運用であることも事実であり、機械的に「医師多数」「どちらにも属さない」と類型された地域が医師偏在是正の対象から外れることに対する自治体の潜在的な不満が現れていたとも言える。

言い換えると、こうした対立は検討を本格化させると、噴出する可能性がある。例えば、医師多数都道府県または医師多数区域に立地する医学部の定員や地域枠を大幅に削減という施策が選択肢に出れば、該当する自治体から反対意見が寄せられると思われる。今後、検討が進む過程では、こうした対立が先鋭化する可能性が想定される。

5 | 管理者要件の拡大などの論点

最後に、医師少数区域などの勤務経験を求める管理者要件を大幅に拡大する選択肢について、医療部会では「公立病院の院長になりたいと思っている若い医師が少なく、ディスインセンティブになってしまう」といった否定的な声が相次いだ。要するに、管理者要件を厳しくすると、むしろ成り手の確保が難しくなり、却って医師の偏在を進めてしまうという懸念だ。

さらに、保険医療機関の管理者要件として、一定期間の保険医療機関勤務を求める選択肢に関しては、医療保険部会で日医の江澤氏が「地域包括ケアを担う医師あるいは専門医を養成するためのプロセスとしては保険診療の臨床経験は極めて重要」と賛意を示した。この点では厚生労働省と日医の間で方向性は一致しており、大きな論点になることはなさそうだ。

11——今後の選択肢を考える

1 | 規制的手法を巡る論点

では、今後どんな選択肢が検討できるのだろうか。最大の焦点となるのが規制的手法であろう。ここで一つのヒントになるのが2024年4月、武見氏の発言に対する反響である。報道によると、武見氏が「医師の割り当て」という「高めのボール」を投げ込んだ際、厚生労働省内では「憲法違反になる。大臣の頭の中はさっぱりわからない」「医師会からどれだけ反対されると思っているのか。国が強制的に割り当てるなんて無理だ」といった声が漏れていたという³⁸。さらに国会審議でも、医師不足に悩む地域の国会議員から「職業選択の自由に反して、憲法違反の可能性があるから踏み切れなかった」という話も聞きました」との意見が示されていた³⁹。

ここでのキーワードは「強制」「憲法違反」と思われる。日本の医療提供体制は民間中心であり、医師には開業の自由が広く保障されている。このため、医師の勤務先を地方に強制的に割り当てる政策は営業や職業・居住選択の自由など、憲法に抵触すると理解されてきた。さらに、松本氏や横倉氏が

³⁸ 2024年4月15日配信の『朝日新聞デジタル』記事を参照。いずれも幹部の匿名コメント。

³⁹ 2024年4月15日、第213回国会衆議院決算行政監視委員会における衆議院議員の谷田川元氏の発言を参照。

難色を示した通り、国家による強制的な割当に関しては、プロフェッショナル・オートノミーを重視する日医の反対が根強いと見られていた。このため、規制的手法を検討する上では、開業の自由との整合性を踏まえる必要がある。

実は、同様の点については、外来医療計画がスタートする時点で話題になっており、営業の自由を原則としつつも、開業を希望する医師が「地域で不足する医療機能を担うように要請を受ける」という条件を付ける形で、規制が導入された経緯がある。

今回の案についても、外来の開業医が過剰地域で開業する自由は制限されていないが、要請後のフォローアップの報告を義務付けるなど、開業時の条件が強化される案となっている。これは開業の自由を原則とし、強制力を持たせない範囲で、開業を希望する医師の協力を仰ぐ、あるいは協力せざるを得ない方向に導く手法が模索されていると言える。

ここで、本来的にクリアしなければならない問題を幾つか指摘したい。第1に、「既存の事業者には何の義務が掛からず、新規開設希望者だけに規制を掛ける問題をどう考えるか」という点である。つまり、現行の外来医療計画も、現在の見直し案も、開業時に要請を受けるのは新規開業の希望者だけであり、既存の事業者は何の制限を受けていない。このため、競争政策的に不公平ではないか、という問題が残る。

実は、同じ論点は病床過剰地域での上限規制（いわゆる基準病床）で論じられてきた。具体的には、病床数が多い地域では、都道府県が1980年代以降、医療法に基づく医療計画で上限を設定しており、実は部分的に営業の自由に制限が掛けられている。

ここでは、新規に増床を希望する人だけに規制を掛け、既存の病床には何の制限も掛かっていないため、社会保障法の研究では「どの医療機関の病床が過剰であるか一概に判断できない以上、常にその責めを新規参入者に負わせていることが職業選択の自由を制限する態様として合理的といえるか大いに疑問が残る」との指摘が以前から出ていた⁴⁰。上記の指摘のうち、「病床」を「外来」に読み替えれば、同じことが現行の外来医療計画にも当てはまり、今回の見直し案でも本来、念頭に置かなければならない点である。

もう一つの論点として、営業の自由との兼ね合いであり、この点も医療計画の病床規制が参考になり得る。具体的には、いくら都道府県が医療計画で上限を設定したとしても、病床新設の自由を全て制限できないため、医療計画で定めた上限（基準病床）を超える部分は保険診療の対象として認めない運用となっている。言い換えると、病床過剰地域における新設分の病床は全て自由診療の扱いとなるため、実質的に増床できないようになっている。

つまり、医療法の医療計画で病床に上限を設定しても、営業の自由との関係で、実効性を保てないため、保険給付の方で制限するトリッキーな方法が取られているわけだ。実際、この規制方法について、国会では「医療法の勧告に従わなかったからという理由で、医療法ではなくて健康保険法で不利益に扱うという制度は、江戸のかたきを長崎で討つ」という皮肉さえ出ていた⁴¹。

上記のような先例を踏まえると、開業医の数などに上限を設定しても、こうした運用にならざるを得ないと考えられる。要するに、実効性を担保できない「外来医療計画（江戸）」の仇を「保険

⁴⁰ 加藤智章ほか（2023）『社会保障法』有斐閣 p146。

⁴¹ 1998年4月14日、第142回国会衆議院厚生委員会における阿部泰隆神戸大学教授の発言。

給付（長崎）」で打つような仕組みになる可能性である。

このほか、自由を制限する公共の福祉（公益）にも意識する必要がある。病床規制に関しては、病床数が過剰になれば医療費が増加する傾向が見られる。そこで、病床の上限設定を通じて、被保険者が余計な費用を負担せずに利益を受けていると整理されている。このため、外来医師多数区域で規制を強化するのであれば、制限される自由を上回る公益性を整理する必要がある。

ただ、規制的手法の全てが反対されるわけではなさそうだ。例えば、2024 年 5 月に開かれた病院経営者の会議では「医師が多い地域であり開業が増えないようにするには、保険指定の制限も頭にあってもいい」という意見が出た⁴²。さらに、同年 10 月に開催された別の会合で、日医名誉会長の横倉氏が「何でも自由というのは考える時期になっているのではないか」と述べたという⁴³。

元々、日医の提案にも外来医療計画に基づく協議の結果フォローが含まれていることを考えると、この程度で規制強化のレベルがとどまるのであれば、それほど日医の反対意見は強くないと考えられる⁴⁴。

2 | 経済的インセンティブを巡る論点

次に、経済的インセンティブについては、使途と財源調達の方法がポイントとなりそうだ。このうち、使途について、日医の案は特に限定せず、図表 3 の 1～5 を賄う規模として、1,000 億円の基金創設を主張しているのに対し、厚生労働省の案では、「重点医師偏在対策支援区域（仮称）」への医師確保や全国的なマッチング機能について、地域医療介護総合確保基金を活用するアイデアが示されている。例えば、重点医師偏在対策支援区域で新規開業または事業承継する医師に対し、総合診療能力のリカレント教育などの研修受講を条件に、財政支援を講じるなどのアイデアも考えられる。今後、こういった使途に資金を振り向けるのか、検討する必要がある。

一方、財源調達の方法としては、税財源に加えて、診療報酬を活用するアイデアが検討されており、例えば地域に医師を派遣する機能を有する大学病院や基幹的な病院に対する加算などが考えられるが、先に見た通り、健保連など支払側は「保険料を給付以外に使うべきではない」と反論している。

しかし、2024 年度予算編成では医療保険と全く無関係な少子化対策（特に児童手当の拡充）の財源確保策として、医療保険料を上乗せする支援金が創設されることが決まった経緯がある。このため、筆者は「偏在是正よりも筋が通りにくい少子化の支援金を容認した以上、『保険料を給付以外に使うべきではない』という主張は最早、説得力を持たない」と考えている⁴⁵。

⁴² 2024 年 5 月 22 日、四病院団体協議会総合部会での発言。同月 23 日配信の『m3.com』記事を参照。

⁴³ 2024 年 10 月 2 日に開催された全国公私病院連盟の会合における発言。同月 14 日『週刊社会保障』No. 3288 を参照。

⁴⁴ なお、医療計画の病床規制についても、日医は当初、規制強化に反対したものの、既存の病床の維持に繋がると判断したため、賛成に転じた。中でも、当時は徳洲会が病院を矢継ぎ早に開設していたため、地区医師会との間で摩擦が起き、地区医師会による独自の判断で、増床を規制する動きが始まっていた。これが賛成に転じた一つの要因と考えられる。詳細については、西岡晋（2002）「第一次医療法改正の政策過程（1）～（2）」『早稲田政治公法研究』第 70～71 号、『医療と社会』Vol. 26 No. 4 に掲載された厚生省官僚 OB による座談会を参照。

⁴⁵ ここでは詳しく触れないが、支援金は様々な問題を含んでいた。まず、負担と給付が紐付く社会保険方式の原則からの逸脱であり、この点は 2024 年 2 月 1 日拙稿「[2024 年度の社会保障予算の内容と過程を問う（中）](#)」、2023 年 5 月 24 日拙稿「[少子化対策の主な財源として社会保険料は是か非か](#)」でも述べた。さらに、田中秀明（2023）「異次元の少子化対策の財源を問う」『社会保険旬報』No. 2892、西沢和彦（2023）「少子化対策への社会保険料利用 8 つの問題点」『Viewpoint』なども参照。誤解を恐れず、筆者自身の意見を言うと、支援金という悪しき先例が「アリの一穴」となり、政府は給付以外に幅広く保険料を流用できるようになり、保険制度を運営する医療保険者は財源の徴収機構に成り下がったと考えている。ただ、政策形

3 | 中堅医師のリカレント、マッチングなど、その他の施策案を巡る論点

このほか、厚生労働省が掲げている施策案のうち、中堅医師のリカレント教育が要注目である。現在の取り組みは医学部定員や地域枠など若手医師向けの施策に限られていた。つまり、偏在を是正する際の「担い手」を若手に頼り切っている状況であり、その限界を指摘する意見が2024年9月の医療部会で出ていた。

しかし、営業や居住の自由を踏まえると、国や都道府県が中堅以上の医師に対し、行き先や人数を割り当てるような方法は非現実的である。このため、大学の医学部や地域の基幹病院などで働く医師が開業などを検討する際、地方での勤務を選択肢に入れられるような施策が必要と考えられる。

例えば、大学病院や地域の基幹病院で働く医師が一定期間、研修として地域で勤務してもらえるようにするための工夫が考えられるし、厚生労働省が中堅医師のリカレント教育として、総合的な診療能力を身に付けてもらうことを重視している点は意義深い。

具体的には、ややもすると、偏在是正の議論では「〇〇人の医師が不足している」「××人の地域枠を設定した」といった形で、数字だけがクローズアップされたり、規制的手法や経済的インセンティブが注目されたりする傾向が強い。

しかし、規制的手法だけでは、駆け込み的な開業が生まれたり、美容整形などの自由診療に医師が流れたりするなど、予期せぬ事態が発生する危険性もある。経済的なインセンティブについても、非常に重要な論点だが、高度な専門人材である医師の行動を財政支援だけで長期間、誘導できるのか疑わしい面もある⁴⁶。

このため、医師を単なる偏在是正の「手段」「道具」と考えるのではなく、それぞれのキャリアや暮らしを踏まえた施策が求められる。具体的には、綺麗事かもしれないが、偏在是正を検討する上では、個々の医師がキャリアや経験を積む一つの選択肢として、地方での勤務を選んでもらえるように施策を検討する必要がある。

この点については、既存の地域枠でも同じであろう。時々、地域枠の離脱者（つまり、義務付けられている地方勤務を果たす前に、他の地域に移動するケース）が出たことについて、関係者から不満が出ている記事を地方紙などで見掛けるが、奨学金を返済した上で離脱するのであれば契約上、何の問題もない。やや誤解を恐れずに分かりやすく言えば、「カネの切れ目が縁の切れ目」になったのかもしれない。

このため、地域枠の運用についても、「若手医師をカネで地方勤務に貼り付けさせる」という発想ではなく、様々な診療科の現場や経験を積む機会を増やすなど、若手医師のキャリアアップに繋がるようなプログラムを作る必要がある。

成過程では健保連などの反対意見がほとんど考慮されず、合意形成プロセスを欠いたのも事実である。政策形成過程の問題点については、2024年1月23日拙稿「[政策形成の『L』と『R』で考える少子化対策の問題点](#)」を参照。

⁴⁶ 筆者は医療制度の根幹は「患者—医師」の信頼関係と考えており、高度なモラルや専門性を有している医師の行動を本来、経済的インセンティブだけで誘導することには限界があるという考え方を持っている。むしろ、過度な経済的なインセンティブが金銭で評価しにくい道徳心などを押し出す危険性を意識する必要がある。経済的なインセンティブの限界については、Michael J. Sandel (2012) “What Money Can’t Buy the Moral Limits of Markets” [鬼澤忍訳 (2012) 『それをお金で買いますか』 早川書房。Steven D Levitt et. al (2007) “Freakonomics” [望月衛訳 (2007) 『ヤバい経済学』 東洋経済新報社] を参照。

より具体的に言うと、地域枠で地方に勤務してもらう若手医師は偏在是正のための「道具」ではなく、生身の人間であり、養成には10年近くの歳月を要する高度な職業人材である。このため、技能やスキルを磨く機会を幅広く提供するなど、医師のキャリアアップを意識した取り組みが欠かせない。そのためには年限を終えて地域を離れても、キャリアを再考した際、戻ってもらえるような対応を意識する必要があるし、教育や保育、住居など医師や家族が住みやすい環境整備の視点も欠かせない。

4 | オンライン診療の活用など

厚生労働省の施策案に入っていない選択肢として、オンライン診療の活用を指摘できる。オンライン診療⁴⁷については、2022年度診療報酬改定で初診からの対面診療が可能となり、オンライン診療を受けられる場所についても、規制改革の文脈で累次の見直しを経て、患者が長時間に渡って滞在するデイサービス事業所とか、公民館など自治体が認定した施設なども対象に加えられた。

特に期待されているのはD to P with N (Doctor to Patient with Nurse) と呼ばれる手法であり、これは看護師などと同席している患者に対して医師がオンライン診療を提供する方法を指す。2024年度診療報酬改定では、外来診療科と再診料に上乘せする「看護師等遠隔診療補助加算」(50点、1点は10円)が新設されており、医療資源の不足に悩む地域にとっては、医療アクセスを確保する上で重要なツールになる可能性がある。

さらに、離島や僻地では高齢者の移動支援も課題となっており、▽患者の特性や地域の実情に合わせて、必要な医療機器を備えた専用車両で通院が難しい患者を遠隔で診察する「医療Maas」(Mobility as a Service)の拡大、▽医師を遠隔地に移動する「ドクターヘリ」「ドクターカー」の活用——などを通じて、医療資源にアクセスできる患者・地域を増やす努力も求められる。

このほか、看護師や保健師、助産師、薬剤師など他の専門職による医療サービスの充実も検討の余地がある。歴史を紐解くと、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、今でも参考になり得る⁴⁸。さらに、指導医の元で入院から退院、一部外来までを担う「診療看護師」の育成や配置なども重要な論点になると考えている。

5 | 人口減少を見据えた中長期的な対策

一方、これからの人口減少を見据えると、上記のような既存の施策だけでは対応できなくなる危険性がある。このため、住民の合意を前提条件としつつ、医療・介護を必要とする高齢者をサービス付き高齢者向け住宅などに集住してもらう選択肢も念頭に置く必要がある。

さらに、地域で必要な機能を果たしている医療機関を支えるための方策として、地域別診療報酬制度も検討する必要があると考えられる。

しかし、これは先に触れた財務省の提案とは似て非なる考え方である。そもそも、身近な病気やケ

⁴⁷ オンライン診療の経緯に関しては、2021年12月28日拙稿「[オンライン診療の特例恒久化に向けた動向と論点](#)」を参照。コロナ禍での議論については、2020年6月5日拙稿「[オンライン診療を巡る議論を問い直す](#)」を参照。2024年度診療報酬改定の内容に関しては、2024年9月11日拙稿「[2024年度トリプル改定を読み解く\(下\)](#)」を参照。

⁴⁸ 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。

ガに対応する診療所や中小病院の診療報酬は出来高払いであり、人口が減ると収益を得にくくなる。このため、人口減少が進んでも必要な医療機関については、出来高払いではなく、周辺の人口などを考慮した包括払いも検討する必要があると考えられる。例えば、医療だけでなく、介護や福祉も含めて包括的にサービス提供する医療法人や介護事業所などに対し、包括払いを中心とする報酬を支払う選択肢である。その際には「連携以上、統合未満」で複数の事業体が連携する「地域医療連携推進法人」「社会福祉連携推進法人」の活用も視野に入る。

ただ、この選択肢にも論点やデメリットがある。まず、効率化のインセンティブが失われる危険性である。筆者自身は「包括的なサービスを提供する優良な事業体に対し、包括払いを通じて、予見可能な報酬を保証することで、サービス提供を確実にする」という点を重視しているが、医療機関や介護事業所から見ると、収入が安定化することになるため、非効率な事業者が温存されてしまう危険性もある。さらに、収入が固定になることで、十分な治療や検査を実施しない「過少診療」のリスクも伴う。

このため、診療行為に応じて支払われる出来高払いとか、住民を健康にした場合などにボーナスを付与する成績払いを組み合わせる配慮も必要となる。さらに、事業体は公的性格を有することになるため、自治体や議会、住民に対する説明責任を含めたガバナンス構造も検討する必要がある⁴⁹。

12——おわりに

「日本の医療制度は、開業医を根幹とする制度であって、国民の医療は医師の私営に任されていた」「(筆者注：その結果として) 開業医は漸次都会に集まって、農村にはいないような状態になって、医療機関の分布が偏頗となっています」——。これは最近の記事や発言ではなく、昭和戦前期の記事の一節である⁵⁰。もちろん、当時は今ほど公的医療保険や医療機関が普及していないし、医師も軍医として応召されていた時代である。さらに、通信や交通手段も未発達であり、現代と単純に比べることはできないかもしれない。

しかし、驚くほど現在の議論と似ており、それだけ医師の偏在是正は民間中心の提供体制で起こる「古くて新しい問題」と言えるのかもしれない。その意味では、偏在対策を強化するのであれば、自由と規制のバランスに留意しつつ、規制的手法を強化する流れは避けられないと言える。

ただ、単純に規制を強化すれば済む話ではなく、若手医師の教育課程や中堅医師のリカレント教育、医師のマッチングに関わる部分では、現場の都道府県や大学医学部、基幹病院などによる改善に向けた工夫も欠かせない。さらに、単に医師を「偏在是正のための手段」として見るのではなく、医師のキャリアアップの多様性を担保するような視点が重要になると思われる。国の制度設計だけでなく、都道府県を中心とした現場による積み上げの努力も求められる。

⁴⁹ ここでは詳しく触れないが、人口減少で市町村の機能が低下する中、介護・福祉に関わる事務の広域化、共同化を図るとともに、都道府県が持つ医療行政との一体化を図る必要がある。例えば、人口が減った地域では、2次医療圏単位で都道府県の医療行政を移譲するとともに、市町村の介護・福祉事務を広域化する選択肢も考えられる。

⁵⁰ 1939年10月6日『朝日新聞』を参照。なお、戦時体制が強化され、重要物資や言論などの統制が厳しくなるが、医療については、健康な兵士と国民を育てようとする政策（いわゆる「健兵健民」）が強化されたことで、制度の拡充が図られる皮肉な状況が生まれた。具体的には、公的医療保険の網を全国民に広げる「国民皆保険」の実現が図られたほか、医療の公営化を目指す「日本医療団」が1942年に発足した。しかし、敗戦時の混乱で医療保険は混乱に陥り、日本医療団も敗戦後の1947年に廃止された。

参考資料：医師偏在、医学教育に関わる骨太方針の表記（2013～2024年）

年	内容
2013年	➢ なし
2014年	➢ なし
2015年	➢ 人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点で踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する。
2016年	➢ 医療従事者の需給の見通し、地域偏在対策等について検討を進め、本年内に取りまとめを行う。特に医師については、地域医療構想等を踏まえ、実効性のある地域偏在・診療科偏在対策を検討する。
2017年	➢ 全体としての医師数増加が地域における医師の確保につながり全ての国民が必要な医療が受けられるよう、医師等の負担を軽減しつつ医療の質を確保するため、看護師の行う特定行為の範囲の拡大など十分な議論を行った上で、タスクシフティング（業務の移管）、タスクシェアリング（業務の共同化）を推進するとともに、複数医師によるグループ診療や遠隔診療支援等のへき地等に勤務する医師の柔軟な働き方を支援するなど抜本的な地域偏在・診療科偏在対策を検討する。
2018年	➢ 2020年度、2021年度については、2019年度の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査しつつ、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持する。2022年度以降については、定期的に医師需給推計を行った上で、働き方改革や医師偏在の状況等に配慮しつつ、将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。
2019年	➢ 2040年に向けて人材不足等の新たな課題に対応するため、地域医療構想の実現に向けた取組、医師偏在対策、医療従事者の働き方改革を三位一体で推進し、総合的な医療提供体制改革を実施する。医師偏在指標を活用し、臨床研修や専門研修を含む医師のキャリアパスも踏まえた実効性のある地域及び診療科の医師偏在対策を推進する。 ➢ 2022年度以降の医学部定員について、定期的に医師需給推計を行った上で、医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。 ➢ 診療能力向上のための卒前・卒後の一貫した医師養成課程を整備するとともに、改正医師法に基づき、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。
2020年	➢ なし
2021年	➢ 今般の感染症対応の検証や救急医療・高度医療の確保の観点も踏まえつつ、地域医療連携推進法人制度の活用等による病院の連携強化や機能強化・集約化の促進などを通じた将来の医療需要に沿った病床機能の分化・連携などにより地域医療構想を推進するとともに、かかりつけ医機能の強化・普及等による医療機関の機能分化・連携の推進、更なる包括払いの在り方の検討も含めた医療提供体制の改革につながる診療報酬の見直し、診療所も含む外来機能の明確化・分化の推進、実効的なタスク・シフティングや看護師登録制の実効性確保並びに潜在看護師の復職に係る課題分析及び解消、医学部などの大学における医療人材養成課程の見直しや医師偏在対策の推進などにより、質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の整備を進める。
2022年	➢ なし
2023年	➢ 実効性のある医師偏在対策、医療専門職のタスク・シフト/シェア、薬局薬剤師の対人業務の充実、対物業務の効率化、地域における他職種との連携等を推進する。その中で、医師が不足する地域への大学病院からの医師の派遣の継続を推進する。
2024年	➢ 医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、医師確保計画を深化させるとともに、医師養成過程での地域枠の活用、大学病院からの医師の派遣、総合的な診療能力を有する医師の育成、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組、経済的インセンティブによる偏在是正、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大等の規制的手法を組み合わせた取組の実施など、総合的な対策のパッケージを2024年末までに策定する。 ➢ あわせて、2026年度の医学部定員の上限については2024年度の医学部定員を超えない範囲で設定するとともに、今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。

出典：内閣府資料を基に作成