

医師の不足と過剰

－ 医師偏在について考える －

桐野高明[†]第73回国立病院総合医学会
(2019年11月9日 於 名古屋)

IRYO Vol. 74 No. 11/12 (488-490) 2020

要旨

医師の数は1970年代の一県一医大政策以降、毎年約4,000名ずつ増加して来ている。2000年頃から、病院はその役割を分化させ、急性期を担当する基幹的病院は、平均入院日数を短縮するとともに、より多くのマンパワーを集中させるようになった。急性期の大型病院の医師数は40-50%増加した。2004年に始まった医師の初期臨床研修制度は、さらに若手医師の大型病院への集中を促進した。その結果、都市部に医師が集中し、地方の病院や都市部の中小病院には医師がいきわたらず、医療崩壊とまでいわれる医師不足状態が生まれた。政府はこれを受けて2008年より医学部の定員を増加させるとともに、地域枠を含む臨時定員も大幅に増加させた。結果として2020年には医学部定員は9,400名を超えることとなった。

医師が人口10万人あたり何名いれば足りるのか（マクロの課題）は、時代にもなって変化してきた。現時点ではOECD諸国の平均値に近い人口10万人あたり300名という値が目指すべき目標とされている。医療需要は2040年をおおよその境として減少し始める。現在のままの医師養成数では、18歳人口比での医学部定員では、先進諸国中もっとも多いレベルを超える。どこかの時点で医学部定員の抑制が必要となるであろう。わが国では、医師が地域的にも、診療科の観点でも偏在している。医師が最適の分布から外れれば外れるほど、医師のマンパワーの有効活用という意味では非効率であり、より多くの医師が必要になる。医師の偏在の是正（ミクロの課題）は今後の大きな課題である。政府は医師の偏在対策を重要な政策の柱と位置付け、その改善の方向を検討している。地域における偏在や、診療科の偏在は解決の容易ではない課題であるが、問題が今後徐々に緩和されていくことを期待したい。

キーワード 医師の数, 医師不足, 医師の偏在

はじめに

1970年代に31校の医学部が新設され、医学部の定員は8,000名を超えることになった。しかし、医師過剰の可能性を危惧する意見が強くなり、医学部定員は7,600名程度に抑制され、ほぼ20年間その数は

固定された。その後今日に至るまで医師総数は毎年4,000名近く増加を続けている。医師が大幅に増やされた1970年代から40-50年ほど経過し、現在増加しているのは高齢の医師である。このような医師数増加の経過をよく了解しておかなければ、医師数の冷静な議論はできない。

地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 [†]医師
 著者連絡先：桐野高明 地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館 理事長
 〒840-8571 佐賀市嘉瀬町中原400番地

e-mail : tkirino-tky@umin.ac.jp

(2020年2月18日受付, 2020年5月8日受理)

Shortage and Surplus of Doctors : The Origins of Health Care Disparity

Takaaki Kirino, Saga-Ken Medical Centre KOSEIKAN

(Received Feb. 18, 2020, Accepted May 8, 2020)

Key Words : number of doctors, shortage of doctors, uneven distribution of doctors

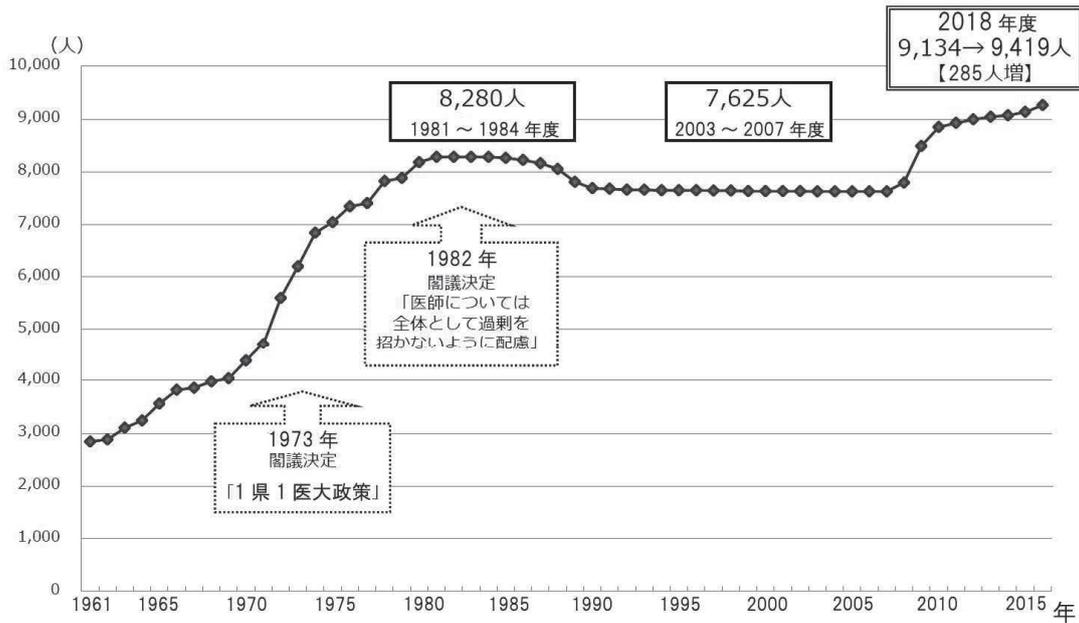


図1 医師養成数（医学部定員）の推移

医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会（第6回）

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120212_5.pdf

医師養成数の歴史的な経緯

一体医師の総数はどれくらいであればよいのであろうか。この問題は医師総数をどのように制御するかという、政策のマクロ的な側面である。その一般的な解答はない。それは国によっても異なっているし、また時代によっても大きく変化する。

一県一医大政策によって大幅に医師養成数が増えた後、しばらく医師数に関する議論も沈静化していた。それが、再び広く議論されるようになったのは2000年を過ぎた頃である。1990年代に入り、医療の質や医療安全、患者権利の尊重を重視する医療提供体制が求められるようになった。さらに、基幹的病院では急性疾患中心の診療体制へと転換が進められた。いずれも、大病院へのマンパワーの集中を必要とする改革であり、医師（とくに若手医師）は大病院に集中することになった。結果として、中小の病院では医師不足が深刻になってきた。2004年に懸案であった医師の初期臨床研修制度が始まり、さらに地方の中小病院の医師不足問題を悪化させ、一時「医療崩壊」と呼ばれるほどの混乱を招いた。政府はこの医師不足の状況を改善するために、2008年より急速に医師養成数を増大させ、2017年には臨時的な定員を含めて、医学部定員を9,400名以上という過去

最大数とした。

医師の総数（マクロ的側面）について

わが国では、厚生労働省に設置された検討会において、必要医師数を予測し、医学部の定員枠を定めている。医師の必要数は、その時の社会がどのような状態であり、医療提供体制がどの程度成熟したものであるかによって変わる。終戦直後から高度成長期にかけて、人口10万人あたりの医師数は100名から150名とされた。新設医科大学が開設され、卒業生が輩出しはじめた1980年代には、医師数の目標値は人口10万人あたり200名とされ、2008年以降はOECD諸国の平均値とされる人口10万人あたり300名を目標とされるようになった。現状では、わが国の医師数は人口10万人あたり258.8名（2018年現在）でありOECD諸国の平均と比較するとかなり低い。しかし、医師数は徐々に増加しつつあり、将来の医療需要の予測と対比すれば、2030年代の初めには医療需要と医師数が均衡し、その後は過剰の方向に転ずるとされている。またその頃には人口減少が進み、18歳人口1,000人あたりの医師養成数は西ヨーロッパ諸国を超えると考えられている。したがって、人口10万人あたり300名の医師密度を超えた頃には、養

成数の削減に転じる必要が出てくるだろう（図1）。

働き方改革と医師の数

医師の長時間労働は、過労死やときには医師の自殺など、深刻な問題を引き起こしてきた。働き方改革では、医師の労働時間の制限が設けられる。2024年度より医師の時間外労働の上限を960時間と定められた（A水準）。この時間を順守できない特別の理由がある場合には、年間1,860時間の上限（B水準）が設定された。救急医療などの限定された役割を果たす病院が指定を受けて、この水準を適用できる。また一定の期間に技能向上を目指す研修医・専攻医には、同様の年間1,860時間までの時間外労働が認められる（C水準）。しかし、このような長時間の時間外の勤務は暫定的なものであり、2024年度から10年後を目指して解消される。医師の極端な長時間労働によって成立していた病院の勤務体制は改善が義務付けられた。

医師の労働時間の厳格な管理と時間外労働時間の規制が始まれば、当然これまで以上の医師の数が必要になる。これを解決していくためには、タスクシェアリングやタスクシフティングが推奨されている。しかし、小人数の医師で地域医療を担って行くことは、困難になっていき、医師の集約化を進めるほかはなくなるであろう。地域の中小病院にとって、今後どのような医療の提供を行っていくのか、その選択が問われることになる。

医師偏在（ミクロ的課題）について

医師が理想的に分布している場合と、医師の分布が不適切で、地域的（地理的）にも診療科の観点からも偏って分布（偏在）している場合とを比較すれば、医師が偏在している場合には、マンパワーが非効率に用いられ、理想的に配置されている場合よりも多数の医師を必要とする。一部の地域や一部の診療科においてはこの問題が深刻である。このような、医師数の地域における偏在や診療科での医師分布の偏りの問題は、医師数のミクロ的課題である。都道府県別でみれば東北、東京周辺（東京都を除く）、東海の各県では他の都道府県に比較して医師が少ない。厚生労働省は2019年に都道府県の人口構成や患者の流入・流出を考慮した実際の医師の分布を指標として表すために、各都道府県の医師偏在指標を公

表した。さらに、医師の分布を二次医療圏ごとに表示すると、日本全国は複雑なまだら模様になる。各都道府県において県庁所在地や大学医学部が立地する都市には医師が集積し、そこから離れて地方に行くほど数は少なくなる。日本では医師は自由開業医制のもとで、どこで医業を営もうと自由である。したがって、都市部に医師が集中し、地方にいくことを制御する方法はごく限定的である。この傾向を放置すれば、医師の総数を増加しても都市部に吸収され、地方での医師獲得はいつまでも実現しない。この問題を緩和するために、医学部の入学時に別枠を設け、奨学金を給付するなどの優遇措置をつけた地域枠制度が拡大してきた。2020年現在では、医学部入学定員の17.5%が地域枠学生で構成される。彼らが徐々に地域に根付いて、医師の地域的な偏在を緩和することが期待できる。

医師は地域だけではなく、診療科の間に偏在がある。近年勤務の過酷さ（とくに夜間の診療の多さ）を敬遠する若手医師が多く、麻酔科、精神科、放射線科などの診療科の医師が増加し、外科や産婦人科の医師は増えていない。診療科の偏在の問題には、すぐに解決できるような有効な手立てが少なく、今後必要な医師の確保に困難をきたす可能性がある。

おわりに

医師を育てるには、どんなに短くても10年は必要である。医師を増員する、あるいは減らすという場合、それは、今後10年後に効果が現れてくるような制御であり、速やかに医師を増減させる効果は皆無だ。医療機関にはいつでも自由に動かせる将棋の持ち駒のような医師がいるわけではない。地域医療のなかでは医師の役割はガラス細工のように出来上がっていて、そのマンパワーの調整には、慎重に時間をかけることが重要である。

〈本論文は第73回国立病院総合医学会シンポジウム「医師偏在の解消に向けて - 変わりゆく医師数や労働環境の中で -」において「医師の不足と過剰 - 医師偏在について考える」として発表した内容に加筆したものである。〉

[文献]

桐野高明. 医師の不足と過剰 医療格差を医師の数から考える. 東京：東京大学出版会；2018.