

2022年6月20日 全10頁

医師過剰時代の偏在対策

医師養成課程にとどまらない偏在対策が必要

政策調査部 研究員 石橋 未来

[要約]

- 2024年度から2029年度までの6年間を対象とする第8次医療計画の策定に向けた検討が進められている。その一部である医師確保計画についても、国の方針に基づき、各都道府県で見直しが行われる。医師確保計画とは、国が示す医師偏在指標に基づき、都道府県が、地域における医師確保の具体的な方策を定める計画のことである。
- 人口減少が続く中、全国ベースで見れば、医師数は年々増加している。2020年の推計では、早ければ2029年、遅くとも2032年には医師需給が均衡し、その後は供給超過になると見込まれている。医師数の増加ペースの見直しが必要であり、医師養成の在り方について次期計画に向けて国から示される2024年度以降の方針が注目される。
- ただ、医師が不足する診療科のある地域では、医師の養成数を減らすことに対する不安が大きく、医師偏在対策が不可欠である。この点、養成課程に注目したこれまでの偏在対策には限界が見えつつある。地域・診療科間の偏在是正を目的とした医学部入学定員の臨時増員等を行ってきたが、十分な効果は表れていない。今後は、養成後の医師も含む偏在対策の検討が求められるだろう。

第8次医療計画に向けた医師確保計画

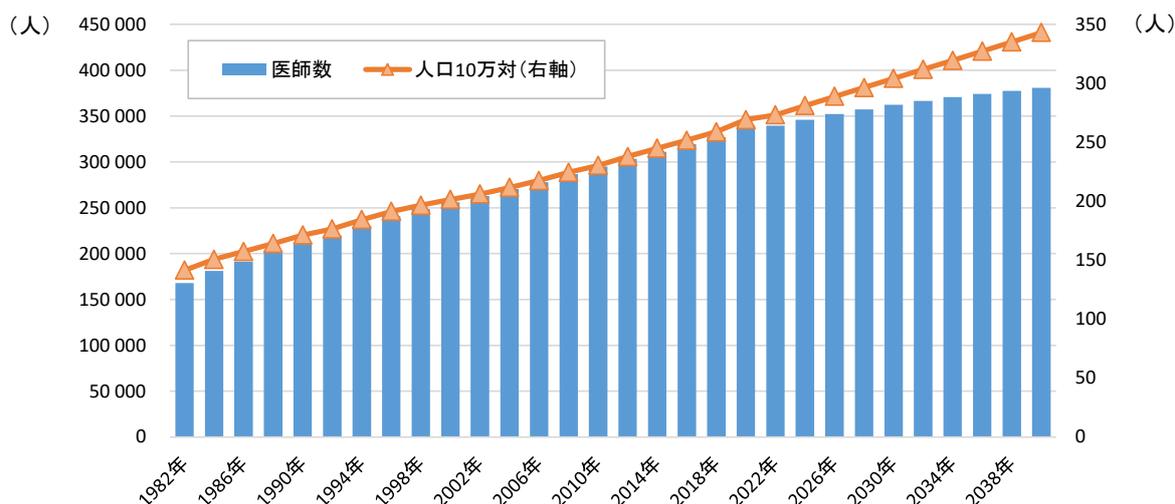
2024年度からの第8次医療計画（2029年度までの6年間）の策定に向けた検討が進められている。2022年度末までには国の基本方針等が定められ、それに基づき、各都道府県が地域の実情に応じて医療提供体制の確保を図るための計画を2023年度中に策定する。第8次医療計画の主な記載事項は、新興感染症対応、地域医療構想、医師確保計画、外来医療計画などである。

本稿では、医療計画の一部である医師確保計画（3年サイクルで検証・見直しを実施）に注目し、これまでの医師偏在対策を整理するとともに、人口減少を踏まえた対策の在り方について考えたい。医師確保計画とは、国が示す医師偏在指標に基づき、都道府県が、医師多数区域・医師少数区域（それぞれ医師偏在指標の上位と下位の33.3%）を設定し、地域ごとに医師の確保の方針や目標、その達成のために必要な具体的施策を定める計画のことである。

早ければ 2029 年以降、医師数が過剰になる

2008 年度以降、医師不足が懸念された特定の地域や診療科での勤務を条件とした地域枠等を中心に、段階的に医学部定員が増やされてきた。その結果、医師数は全国ベースで毎年 3,500～4,000 人ずつ増加している¹（図表 1）。

図表 1 2020 年度の推計結果に基づく医師数の推移



(注) 実績は 2020 年まで。

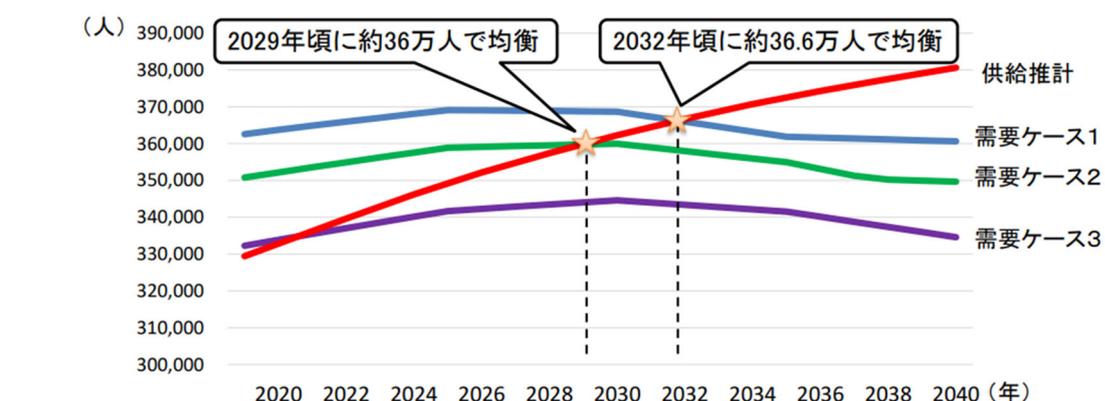
(出所) 厚生労働省「令和 2(2020)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」「令和 2 年医師需給推計の結果」第 35 回医師需給分科会 資料(2020 年 8 月 31 日)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成 29 年推計)」出生中位(死亡中位)推計より大和総研作成

しかし、医学部の入学定員が過去最大規模まで増員されるなど医師数が増加し続ける一方で、人口減少は止まる見込みがない。2020 年の推計によると、早ければ 2029 年、遅くとも 2032 年には医師需給が均衡し、その後は供給超過になると見込まれている（図表 2）。ここで医師の供給とは現在就業している医師数や今後の医学部定員、性年齢別の労働時間をベースに国家試験合格率、医籍登録率、医籍登録後の就業率などを加味して推計された医師の人数である。他方、医師需要とは、基本的には将来の医療需要に医療需要当たり医師数を乗じて推計された人数である。労働時間の上限を厳しく制限すれば人数としては医師の需要が強くなり、他方、医師から他の職種へのいわゆるタスク・シフティングを進めて医師の労働時間を長く確保するようにすれば人数としての医師の需要は相対的に強まらないという関係にある。

いずれにせよ、医師の供給は医師の需要を上回ると推計されている。医師数が過剰になれば、臨床機会が減って技能錬磨が十分行われにくくなるなど、医師の質の低下も懸念される。医師数の増加ペースの見直しが必要だ。

¹ 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第 5 次中間とりまとめ」（2022 年 2 月 7 日）

図表2 令和2年度 医師の需給推計



(注) 需要ケース1 (労働時間を週55時間に制限等 ≒年間720時間の時間外・休日労働に相当)
 需要ケース2 (労働時間を週60時間に制限等 ≒年間960時間の時間外・休日労働に相当)
 需要ケース3 (労働時間を週78.75時間に制限等 ≒年間1860時間の時間外・休日労働に相当)
 (出所) 厚生労働省「令和2年医師需給推計の結果」第35回医師需給分科会 資料(2020年8月31日)

注目される2024年度以降の医師養成数の方針

医師数を適正化するための政策的なコントロールは、主に医学部入学定員の調整で行われる。ただ、いったん養成された医師は、その後、長期にわたって医師であり続けることから²、調整による効果が表れるまでにはかなりの時間を要する。そのため、医師数の増加ペースを抑制するには、早い段階で医師の新規参入を減らしていく必要がある。過剰が明らかになった時点で対策を講じたのでは遅いのである。

そこで、医学部入学定員のうち、まずは2008年度より暫定的に増員してきた地域枠に係る臨時定員の見直しが検討されてきた。臨時定員とは、医師不足が特に深刻と認められる地域において、2008年度以降暫定的に認可されてきた地域枠等を要件とした医学部定員であり、近年は医学部入学定員の1割程度を占めている³。当初、臨時定員の枠組みは、2019年度までの時限措置とされていたが2年間延長され、その後、2022年度についても維持されることになった。2022年度については、「経済財政運営と改革の基本方針2018」(2018年6月15日閣議決定)において、「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」とされていたのだが、新型コロナウイルスの感染拡大の影響で十分な議論が行われなかったことなどを背景に、暫定的に2020年度、2021年度と同様の枠組みが継続されることになったのである。

2023年度についても、歯学部振替枠を除き、臨時定員の枠組みを維持する方針がすでに示されている。歯学部振替枠とは、2019年度までの10年間に限り、歯学部入学定員の削減を行う大学に対して、医学部の臨時定員の増加を認めたものである(1大学につき10名以内)。この歯学部振替枠は、2度の延長を経て、2023年度以降に廃止されることが決まった。しかし、その分の定員枠が地域枠臨時定員(医学部)として活用されることになり、結果的に2023年度の医学部

² 医籍登録後50年(推定年齢76歳)でも就業率は50%である(厚生労働省「令和2年医師需給推計の結果」第35回医師需給分科会 資料(2020年8月31日))。

³ 厚生労働省「今後の地域枠のあり方について」第34回医師需給分科会 資料(2020年3月12日)

総入学定員は過去最大規模の水準のままで減っていない。つまり、医学部入学定員の本格的な見直しは進んでいないということだ。

もちろん、医師が不足する地域などで、医師が長時間労働を余儀なくされているという問題はある。ただ、少子高齢化や人口減少に伴い医療ニーズが変化する中、医師の働き方改革による労働時間短縮の影響を加味した場合においても、将来のマクロの医師需要が減少する傾向は大きく変わらないとみられている。先述したように、医師数を減少させるには相当の時間を要することから、早急に医学部定員の適正化に向けた方向性を示すことが重要だ。第8次医療計画に向けた議論に基づいて示される、2024年度以降の医師養成数の方針が注目される。

さまざまな医師偏在が課題

医学部定員の見直しが進みにくい背景の一つに、医師偏在の問題がある。医師数全体が増えていながらもかかわらず、へき地や過疎地域などでは人口当たりの医師数が減少したり（地域偏在）、診療科ごとに医師数の増加ペースに差が見られたりする状況（診療科偏在）があるからだ。こうした課題がみられる地域や診療科では、医師の養成数を減らすことに対する抵抗や不安が大きく、議論が進みにくい。

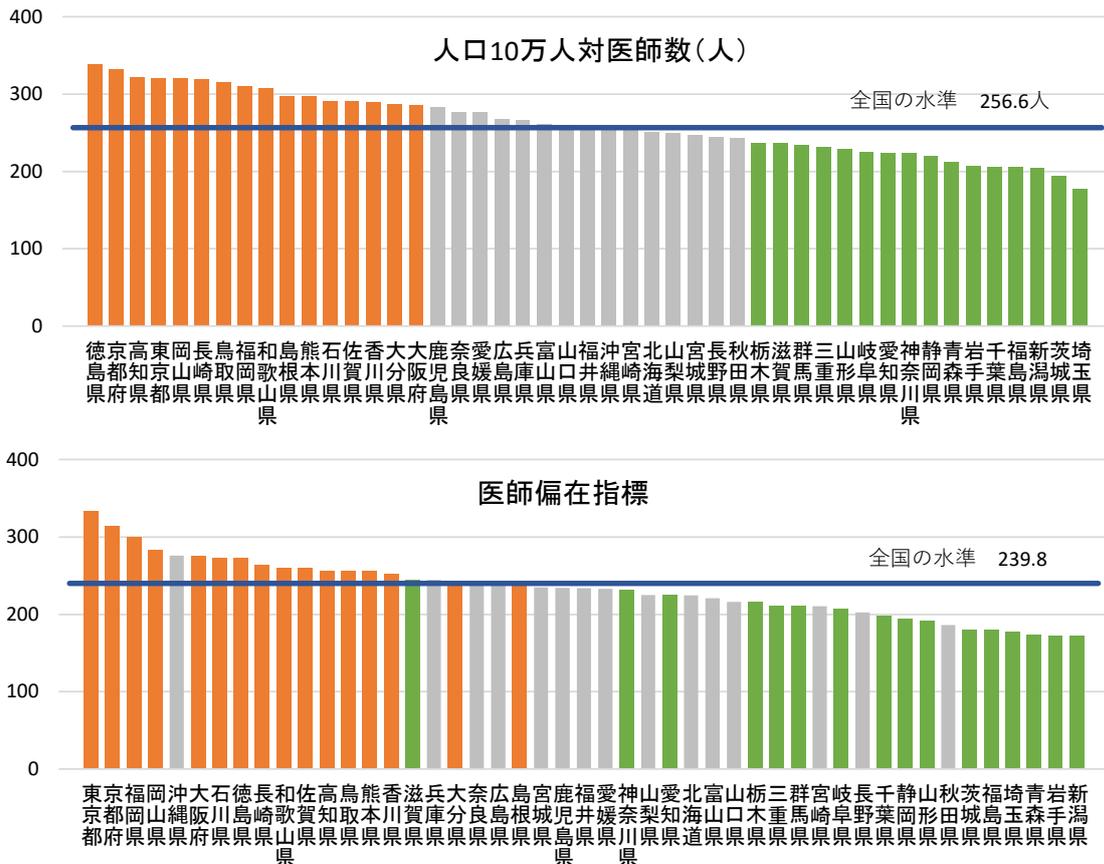
① 地域偏在の状況

まず、地域偏在について見てみよう。少し遡ると1986年6月に公表された「将来の医師需給に関する検討委員会最終意見」を受け、医学部入学定員は将来の医師需給バランスを維持するために徐々に削減されてきた。だが、特定の地域や診療科で医師不足が深刻との声が高まったことから、2006年8月、医師不足県において医師養成数の暫定的な調整等を容認するとの見解が示された（「新医師確保総合対策」（地域医療に関する関係省庁連絡会議））。それ以降、医学部入学定員の臨時増員が続き、2021年度の医学部入学定員数は、増員開始前よりも約1,500人増えている（臨時定員以外の地域枠等も含む）⁴。

そのため、2000年に191.6人だった全国平均で見た医療施設に従事する人口10万対医師数は、2020年に256.6人となり、20年間で3割以上も増加した（図表3上段）。しかしながら、人口10万人当たりの医師数が最も多い徳島県（338.4人）と最も少ない埼玉県（177.7人）では、人口当たりの医師数に1.9倍の差がある。最多県と最少県の差の大きさは、20年前（2000年は2.2倍の差）よりはやや縮小したが、依然として大きいと言えよう。また、全体的には、西日本で人口当たりの医師数が多く、東北地方や北関東で少ない傾向がある点は、20年前と同じである。

⁴ 文部科学省「令和4年度 医学部入学定員増について」

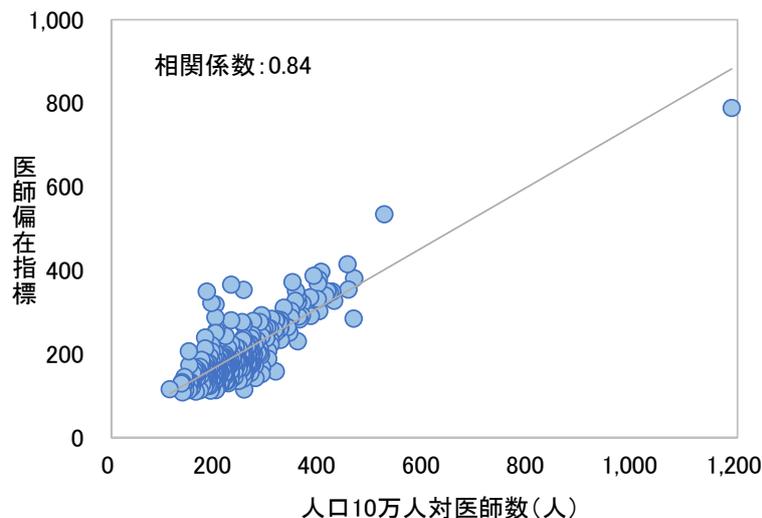
図表3 都道府県ごとの人口10万人対医師数（上段）と、医師偏在指標（下段）



(注) 棒グラフについて、人口10万人対医師数が上位33.3%の都道府県をオレンジ、中位33.3%の都道府県をグレー、下位33.3%の都道府県をグリーンで示した。

(出所) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」、「都道府県の現医師確保計画に用いられている医師偏在指標」第4回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資料（2022年5月11日）より大和総研作成

図表4 二次医療圏ごとの人口10万人対医師数と医師偏在指標



(出所) 厚生労働省「医師確保計画等を通じた医師偏在対策」第35回医師需給分科会資料（2020年8月31日）、株式会社ウェルネス「2次医療圏基礎データ（巧見さん）Ver11.0.2 プロ版」（2021年6月28日）より大和総研作成

もともと、人口 10 万人対医師数だけでは、医師の性年齢階級別の労働時間の違いや、地域の人口構成による受療率の違い、患者の流出入等の実態を十分に捉えられていないとして、これらを考慮して、医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した医師偏在指標が 2019 年に公表された（図表 3 下段）。ただ、都道府県別に見ても（図表 3）、二次医療圏ごとに見ても（図表 4）、人口 10 万人対医師数か、医師偏在指標かによって、医師数が多い地域と少ない地域が大きく入れ替わることはない。足下では、大学病院等に勤務する医師が他の医療機関へ非常勤医師として派遣されている実態等を反映するなど、医師偏在指標のさらなる精緻化に向けた検討が行われている。個別の地域の中には医師確保計画への影響が小さくはない可能性はあるが、日本における医師の偏在問題を全体的に捉えるにあたっては、使用する指標によって見え方が大きく変わるということはない。

② 診療科偏在の状況

診療科偏在については、「平成 19 年版少子化社会白書」（内閣府）において安心して生み育てられる産科・小児科医療体制の確保の必要性が示されるなど、産科・小児科の医師確保が重点的に取り組まれてきた。背景には、厳しい勤務環境や、女性医師数の増加⁵に伴う出産・育児を理由とした離職者の増加等による医師不足への懸念がある。「緊急医師確保対策」（2007 年 5 月 31 日政府・与党決定）に基づき、病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備や、女性医師等の働きやすい職場環境の整備、医師不足地域・診療科で勤務する医師の養成の推進が取り組まれたほか、医師養成数の暫定的な増加（産科・小児科に限らない）も行われてきた。

また、産科・小児科に関する医師偏在指標が公表され、各都道府県にはこの指標を参考に、地域の実情に合わせて産科・小児科の医師確保計画（2020～23 年度の 4 年間）を策定することが求められた。策定された計画では、長期的には、医療圏の見直しや医療圏を超えた連携、再編統合を含む集約化等に取り組む方針も示されたが、短期的には、偏在指標で上位（相対的に医師が充足している）に挙げた地域でも、産科・小児科医師の養成数の増加に取り組むとした内容が多かったようだ⁶。

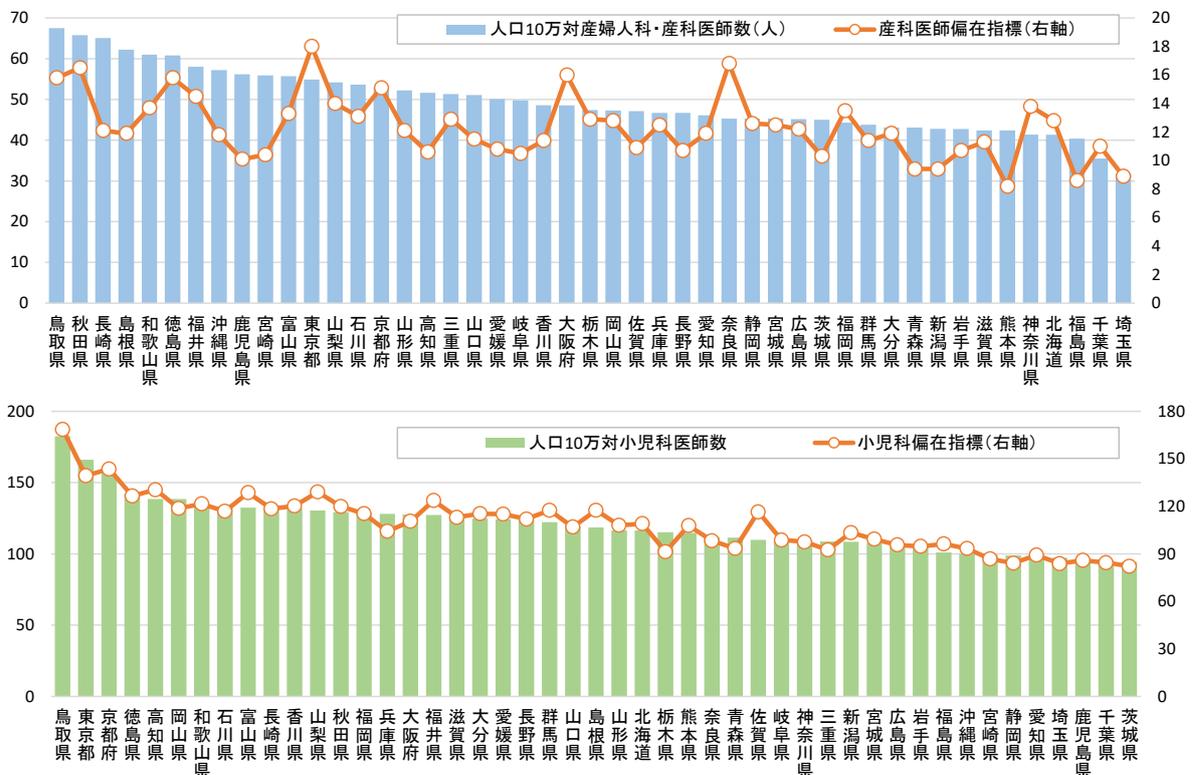
図表 5 は、産科・小児科について、人口 10 万人対医師数（2020 年）と、医師偏在指標をそれぞれ比較している。分娩件数で調整される産科の医師偏在指標は、人口 10 万人対産科医師数の傾向とやや異なるが、小児科については両者の傾向がほぼ一致している。また、産科も小児科も、医師数が最も多い地域と最も少ない地域の差は、人口 10 万人対医師数と偏在指標のどちらで見た場合も約 2 倍であり、診療科全体について示した前出図表 3 と同様である。人口 10 万人対産科・小児科の医師数は、多少の変動はあるものの、10 年前の 2010 年時点でも最多県と最少県の差が約 2 倍であり、相対的な医師多数区域と医師少数区域にそれぞれ挙がる都道府県の顔ぶれも、2010 年と 2020 年とでほとんど変わっていない。もちろん、医師養成数の増加による効

⁵ 産科・小児科では他の診療科と比べて女性医師の占める割合が多い。

⁶ 産科・小児科の医師偏在指標では相対的多数区域が設定されなかったため、例えば、産科医師偏在指標の上位 5 都府県であっても、医師確保計画における産科の医師の確保方針には周産期医療に従事する医師の育成や養成が含まれている。

果が表れるには10年程度の時間がかかるわけだが、2008年度以降継続してきた養成数の増加を中心とした対策は、今のところは偏在是正にあまりつながっていないことが強く示唆される。

図表5 都道府県ごとの産科、小児科の人口10万人対医師数と医師偏在指標



(注) 産婦人科・産科医師数の人口10万人対比率は、15～49歳女性人口により算出。小児科医師数の人口10万人対比率は、15歳未満人口により算出。

(出所) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」、「医師確保計画等を通じた医師偏在対策」第35回医師需給分科会資料(2020年8月31日)より大和総研作成

これまでの偏在対策と今後必要な対策

医師数全体のコントロールと同様に、地域偏在も診療科偏在も、対策の中心はさまざまな段階における医師養成課程に置かれてきた。まず、学部教育の段階では、前述の通り、特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした地域枠を大学が設け、当該都道府県内で医師として一定の年限、従事することにより貸与する奨学金の返済を免除する仕組みがある(一部例外あり)⁷。次に、臨床研修の段階では、都道府県別に臨床研修医の採用上限数を設定することで、研修医が大都市に集中してしまうことを抑制している。さらに、専門医研修の段階でも、都道府県別・診療科別に採用上限数が設定(シーリング)されており⁸、医師数が必要数に達した診療科では、

⁷ 2022年度より「地域枠」は、原則として、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及び、キャリア形成プログラムに参加することを要件とした。

⁸ 2021年度のシーリング対象は、「2018年医師数」が「2018年の必要医師数」および「2024年の必要医師数」と同数あるいは上回る都道府県別診療科。ただし、外科・産婦人科、病理・臨床検査、救急・総合診療科の6診療科はシーリングの対象外。

採用数の一部をシーリング対象外の都道府県や、医師不足が顕著な都道府県において1年6か月以上の研修を行う研修プログラムの採用枠に振り向けている。

ただ、これらの取り組みには一定の効果が認められるものの、地域・診療科間の偏在の是正に十分な効果を上げているというわけではない。地域枠入学制度に対しては批判を含めてさまざまな意見があるが、地域枠の入学者は地域枠以外と比べて卒業後も当該都道府県に定着する割合が高く、臨床研修修了後に卒業大学の医局に入局する割合が高いことは事実である⁹。また、臨床研修医や専攻医（臨床研修を修了し、専門医取得を目指す医師）の採用実績が、医師の不足する都道府県や診療科で伸びたところもある。だが、例えば、シーリング対象である東京都に近い神奈川県や千葉県で専攻医の採用が増え、医師少数県が多い東北地方であまり増えていないなど¹⁰、必ずしも本来期待されていた偏在是正になっていないケースも散見される。

この点、厚生労働省に設置された医師需給分科会では、医師養成課程を通じた偏在対策が引き続き重要としつつ、他の対策も同時に検討することが必要だとしている。具体的には、医師少数区域等に一定期間（6か月以上）勤務した医師を厚生労働大臣が認定する制度（医師少数区域経験認定医師制度）における、認定医師が地域医療支援病院の管理者になれるというインセンティブについて、管理者になれる対象を地域医療支援病院以外にも拡大することなどが提言されている¹¹。また、総合的な診療能力を有する医師（総合診療専門医）の養成を推し進めるとともに、すでに特定の領域の専門性を有する医師が総合的な診療能力を身につけることを促すことも重要とした。このように、医師偏在の問題を解消するためには、従来の医師養成課程のみの対策にとどまらず、養成後の医師も含む対策を講じることが今後は必要だろう。

一体的に進めることが求められる医師養成数の見直しと偏在対策

少子高齢化と人口減少が進展する中、医師の数が増加し続けており、全国ベースで見れば、医師過剰の状態が早晚訪れることになる。需要を上回って医師が増え続ければ、医師の質の低下だけでなく、医療費の増加も懸念される。人口当たりの医師数と人口一人当たりの年齢調整後医療費の関係を都道府県別に見ると明確な正の相関があり、国民負担を増やす医療費の増嵩には供給側の要因がかなり働いているとみられる（図表6）。国民医療費は、2019年度までの10年間で、雇用者報酬等の伸び¹²を上回る年率2.1%のペースで上昇しており¹³、保険料の負担増加の要因になっている。医療保険制度の持続可能性を確保するためにも、医師数の適正化に関する議論を加速させるべきだ。

⁹ 厚生労働省「これまでの医師偏在対策について」第37回医師需給分科会 資料（2021年3月4日）

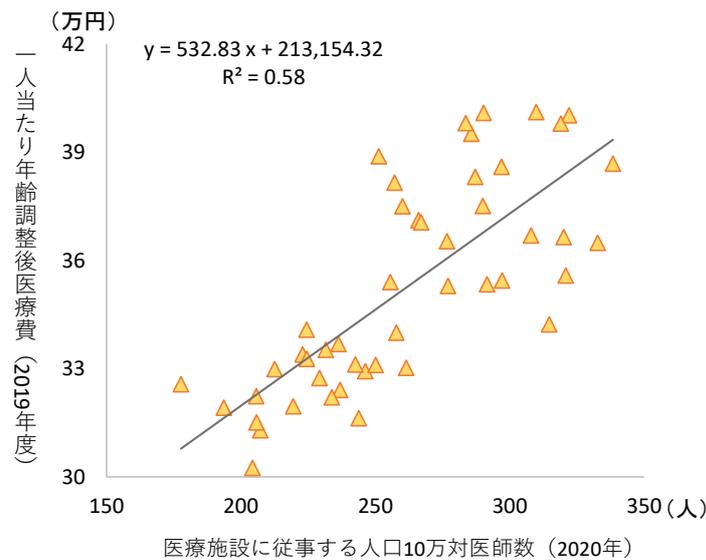
¹⁰ 厚生労働省「令和3年度専攻医採用と令和4年度の専攻医募集について」令和3年度第1回医道審議会医師分科会 医師専門研修部会（2021年9月17日）

¹¹ 医師需給分科会では、診療所も含めた全ての医療機関を対象とする案なども挙がっていた（厚生労働省「医師少数区域に勤務した経験を有する医師への評価について」第15回医師需給分科会 資料（2017年11月22日））。

¹² 2019年度までの10年間は、リーマン・ショック前後の景気後退期からの回復を含んでいるが、雇用者報酬は年率1.3%の伸びにとどまる（内閣府「2020年度国民経済計算（2015年基準・2008SNA）」）。

¹³ 厚生労働省「令和元年度国民医療費」

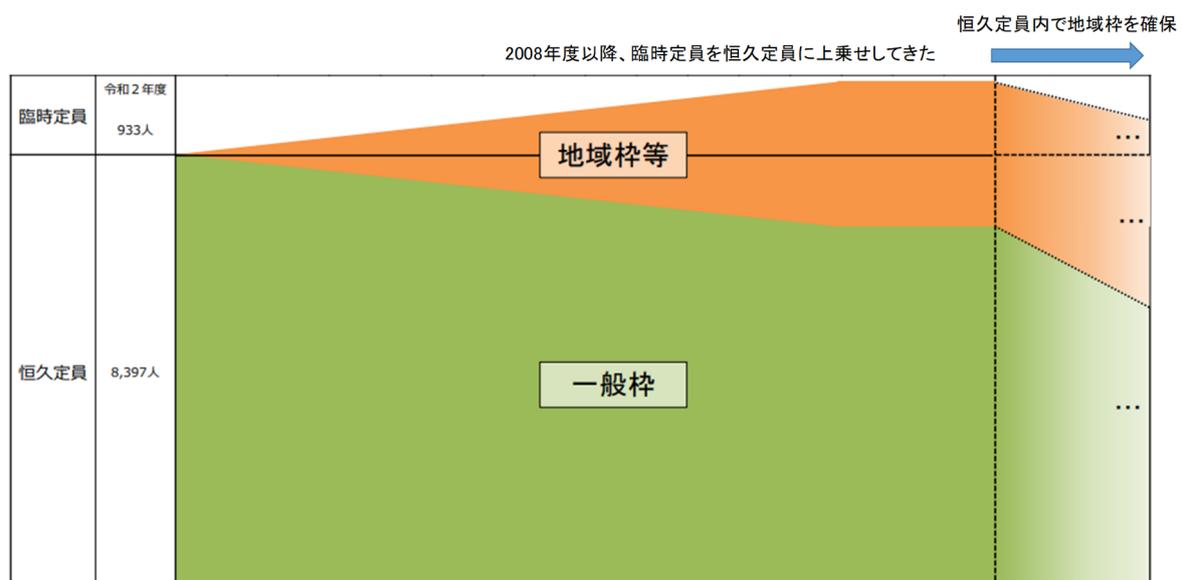
図表6 都道府県別に見た医師数と一人当たり医療費



(出所) 厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」「令和元年度(2019年度)医療費の地域差分析」より大和総研作成

ただし、誰もが必要な医療に適切にアクセスできる医療提供体制を実現するには、同時に医師偏在を是正することも不可欠である。「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第5次中間とりまとめ」(2022年2月7日)では、今後の大学医学部定員について、地域の実情に応じて地域枠自体は設置・増員を進めていく必要があるとしつつ、その際は、自治体や大学の状況や考えを十分に踏まえながら、上乗せしている臨時定員を含む地域枠を、恒久定員内(各大学が元々持つ定員)で措置することが望ましいとした(イメージは図表7)。

図表7 医学部入学定員における地域枠を恒久定員内で措置するイメージ



(出所) 厚生労働省「令和5年度以降の医師需給および地域枠設置の考え方について」第36回医師需給分科会資料(2020年11月18日)。外枠上部は大和総研。

たしかに、元々の恒久定員が少ない大学では、その中で地域枠を増やすことが難しいなど課題はある。だが、将来的な医師の過剰を防ぎながら、地域における医師の確保を図るためには、全体の養成数を抑制しつつ、医師不足地域に限って、当該地域の医療を担う養成数を増やす対応が必要だろう。2024年度以降の医師養成数の方針において、この方向性がどこまで反映されるか注目したい。

また、医師確保計画の基礎となる偏在状況の把握においては、環境変化による変動も考慮し、柔軟に捉える必要があるだろう。例えば、「経済財政運営と改革の基本方針2022」（2022年6月7日閣議決定）では、医師の働き方を改善するための、医療のタスク・シフティングやオンライン診療の活用を促進することが示された。実際に、医師の業務のうち、医師以外の医療関係職種が実施可能な業務を、医師から他の医療関係職種へタスク・シフト/シェアしたり、オンライン診療で遠隔からでも対応したりするようになれば、地域や診療科ごとに必要な医師数は大幅に変わるだろう。現在、医師不足とされる診療科のある地域でも、医療へのアクセスが大きく改善する可能性がある。

さらに、前出の第5次中間とりまとめでは、幅広い地域のニーズに対応できる総合的な診療能力を有する医師（総合診療専門医は、19ある基本領域の専門医の一つ）を増やす必要性についても触れられている。総合的な診療能力を持つ医師が増えれば、例えば、感染症専門の医師が十分に確保できない場合でも、地域内で新型コロナウイルス感染症の患者の対応が可能になる。つまり、多くの専門医を診療科ごとに確保する必要がなくなるため、診療科偏在の状況も変わるということだ。

足下では、2024年度からの医師確保計画に向けて、医師の養成方針等で参考にされる、医師偏在指標や将来時点における必要医師数のさらなる精緻化が検討されている。しかし、医療を取り巻く環境が変われば、医師不足の状況は大きく変わる。まずは、医師養成数を抑制するという全体の方向性を打ち出し、その中で、客観的なデータに基づいた偏在対策を一体的に進めることが求められるのではないか。その際には、養成課程にとどまらない偏在対策を講じることが重要だ。医師少数区域での勤務経験が認定された医師が管理者になれる対象の医療機関を、地域医療支援病院以外にも拡大することや、すでに養成された医師が、総合的な診療能力を身につけることを促すことなどについても、積極的に検討されることが望まれる。