

200200104A

平成 14 年度 厚生労働科学研究費補助金  
(厚生労働科学特別研究事業)

標榜診療科別の医師の偏在解消のための  
諸外国の医療政策に関する研究

平成 14 年度 研究報告書  
(課題番号 H14-特別-033)

主任研究者 岩崎 榮

平成 15(2003)年3月

## はじめに

わが国の医療提供体制は、医療法の施行及びその改正による施策展開によって、全体としてみた場合、量的整備が十分に達成できているといえる。特に地域医療計画による病床規制を通じて、病床規模についての地域的偏在解消に資する施策展開がなされている。

将来的には、限られた医療保険財源の下で、より質の高い医療サービスの提供を達成するための施策展開が強く望まれている。医療の内容の一部である標榜診療科は、原則として医師の選択に委ねられており、地域的偏在を解消する仕組みがないばかりでなく、その実状を把握分析することも容易ではないというのが実態である。

現在、わが国は急速な少子高齢社会に到達しつつあり、必要とされる医療の内容も大きく変化していくことが予想される。しかしながら、将来的な医療技術の変化や疾病構造の変化に応じた診療科のあり方、地域の中で最低必要とされる診療科のあり方を検討していくことが求められていくであろう。そのための社会政策の考え方を検討していくことが必要とされる。

こうした問題意識の下、本研究では、適正な医師数の推計方法を検討した上で、アメリカ、イギリス、フランス、ドイツ他の諸外国における医師数の不足や将来予測、あるいは医師数を調整するための政策について明らかにした。その上で、わが国における診療科別医師数の実態について二次医療圏単位での実態を分析した。

これらの研究分析によって、従来なされてこなかった診療科の地域偏在の実態把握や、地域偏在を調整するための政策のあり方を検討していく上で、有益な基礎的資料を整備できたものと考えられる。本研究に対して協力して頂いた国内外の関係者の方々へ感謝申し上げますと共に、本研究成果が、今後のわが国の医療政策を検討していくための関係者の方々にとって一助になることを祈念致している。

主任研究者

学校法人 日本医科大学

常務理事 岩崎 榮

# 目 次

はじめに.....	i
目次.....	iii
研究の概要.....	1
1. 医師数の推計方法及び理論的分析に関する研究：	
都道府県ごとの提示方法の開発（国立保健医療科学院 伊藤弘人）.....	5
2. 諸外国の診療科医師数に関する実態調査研究	
（産業医科大学 大河内二郎）.....	9
第1節 調査概要及び考察.....	9
第2節 カナダ・ケベック州.....	17
第3節 アメリカ.....	27
第4節 イギリス.....	42
第5節 フランス.....	53
第6節 ドイツ.....	69
関連資料 アンケート調査の概要.....	85
3. 我が国における診療科別医師の地域分布に関する研究	
（国立保健医療科学院 星野桂子）.....	95
A 研究目的.....	95
B 研究方法.....	95
C 研究結果.....	95
関連資料.....	96

## 研究の概要

### 1. 研究事業の問題意識と目的

わが国の医療提供体制は、これまでの医療法による施策の展開を通じて、全体としてみた場合、十分に医療の量的整備は図られており、将来的には質的な向上を図っていくことが重要であるといわれている。医療内容の一部である診療科について着目した場合、標榜する診療科選択は、原則として医師個人の自由意志に委ねられている。そのため、一部には過剰な診療科がある一方で、小児科や麻酔科などの診療科は不足しているために、過剰と不足が混在しているといわれている。

一方、医療の提供体制としては地域医療計画による病床の規制があるため、病床規模についての地域的な偏在解消に資する施策展開がなされていると考えられる。しかしながら、医療提供の内容として診療科をみた場合、地域的偏在を解消するための施策展開がなされているわけではないため、診療科の過剰や不足を調整する社会政策的な方法が存在しておらず、医師の診療科及び地域的偏在に起因する医療提供体制の不均衡は社会問題化する傾向にあると考えることができる。

将来のわが国の医療提供体制を検討する一つの方向性として、限られた医療保険財源によって効率的に医療システムを運営することが強く求められている。診療科単位でみた地域的偏在を解消していくための施策の有効性を検討することの重要性が高まっていくものと考えられる。

以上の問題意識の下、本研究事業では、諸外国における標榜診療科別医師数及び推定必要数等についての情報を収集分析すること、わが国での標榜診療科医師数についての現状とその問題点を整理分析することを通じて、我が国の将来的な医療提供体制を検討するために必要な知見を得ることを目的とする。

### 2. 結果の概要

本調査研究では、海外における医師数の不足する診療科および地域での医師数の調整について各国の歴史的経緯、現状および現在の医師数に関する政策を明らかにした。また、わが国についての現状を分析した上で、今後の医療提供体制を検討するための基礎的資料整備を図った。分析の視点は以下の三分析のそれぞれによって得られたものである。

まず第一の分析として、海外における医師数の不足する診療科および地域の調整についての歴史的経緯および医師数適正化施策に関する本研究における調査の知見、および専門家との意見交換に基づき、医師数適正化策の方法を整理した。医師数の地域的偏在を解消するための施策を検討するために、診療科単位でみた医師の地域的偏在の解消施策の開発に資するために、その方法の整理を行なった。この分析では、標榜科別の医師数を適正化するには、大きく（1）適正な医師数を推計するという段階と、（2）適正医師数に誘導・調整するという段階に分類できた。

第二の分析として、諸先進国における医師数の把握や調整方法についての実態や医師数に関する政策を把握し、比較した上での問題点等を明らかにした。この分析では、Medline等の基礎的文献調査やケベック(カナダ)、アメリカ、イギリス、フランス、ドイツの関係者に対するアンケートおよびインタビュー調査を行った。各国の保健医療政策や制度がその歴史的経緯において異なっていることと同様に、各国の医師数を調整する方法も様々であることが明らかになった。特に将来の医師数が過剰となるか、減少するかという予測に基づいて取られる政策は、各国で大きく異なっていた。アメリカを除く対象国が、将来の医師数は不足すると予想し、またアメリカを含むすべての国が一般医の不足を指摘していた。医師数の調整のための基本データは、今回の対象国の多くでは College of Physicians かその類似組織にあり省庁に医籍はなかった。医師数についての政策の決定が中央省庁によってなされているのはイギリス、フランス、ケベックであり、一方ドイツでは各州における自己決定機関がその役割を担っていた。アメリカでは連邦政府よりも各州の政策が大きな役割を果たしていた。

第三の分析として、我が国における診療科別の医師数の実態について、二次医療圏における状況を医師・歯科医師・薬剤師調査と患者調査、住民基本台帳人口を用いて分析した。分析の結果、医師の地域偏在は大きく、地域ブロック別の偏在と一つのブロック内でも都市部に偏在していることが実証された。医師の都市部偏在は診療科別の機能分化と関係すると考えられた。これから先、様々な医療技術の研究開発、EBMの確立などを考えると、医師への需要はさらに大きくなると思われる。経済的支援などにより地域の家庭医やゲートキーパーとなる医師を確保することも一つの方策であるが、もう一つの方策として、現存する医師への研修、コ・メディカルの活用により、地域の実情に合う最適な医療提供体制を構築することも考えられた。

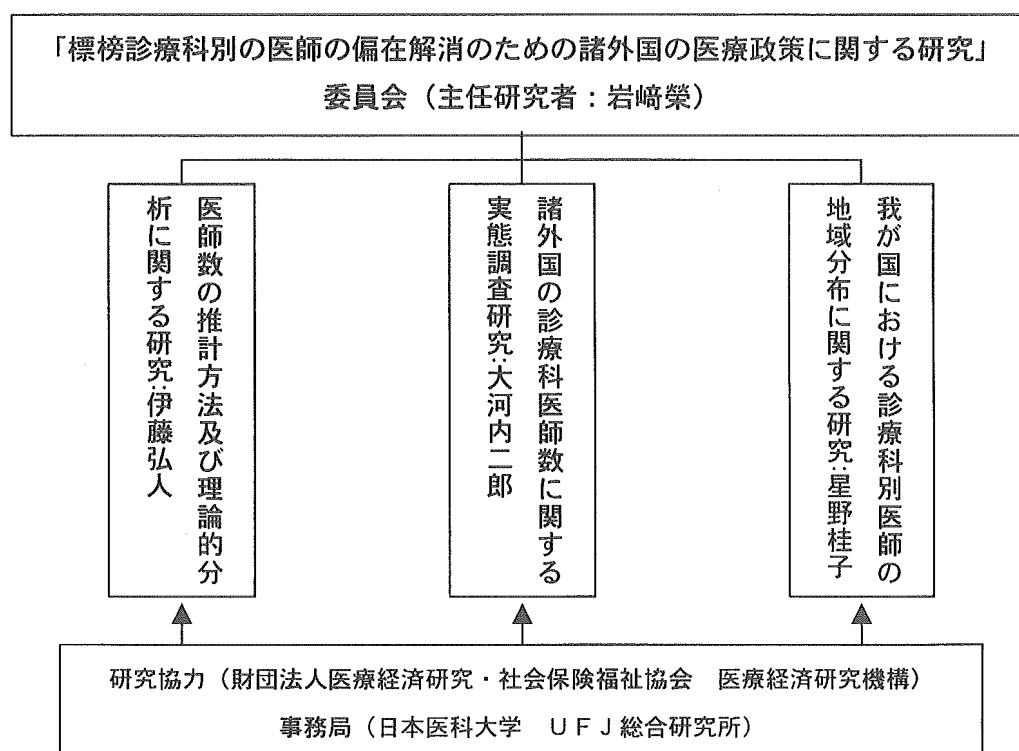
### 3. 調査研究の進め方

#### (1) 調査研究体制

本研究事業は以下の体制によって進めた。

主任研究者：岩崎 榮 学校法人 日本医科大学 常務理事  
分担研究者：今中 雄一 京都大学大学院医学研究科・医療経済学教授  
星野 桂子 国立保健医療科学院 政策研究部計画科学室長  
伊藤 弘人 国立保健医療科学院 政策研究部経営科学部サービス評価室長  
大河内二郎 産業医科大学公衆衛生学 助手  
研究協力者：井原 辰雄 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構  
研究主幹  
速水 康紀 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構  
国際部企画推進担当部長  
事務局 日本医科大学  
UFJ総合研究所 野口 正人  
田極 春美  
家登 正広  
伊原 千絵

「標榜診療科別の医師の偏在解消のための諸外国の医療政策に関する研究」委員会を構成し、研究事業を進めた。委員会では、それぞれの研究者が資料収集やインタビュー調査等を実施した。



## (2) 調査研究プロセス

「標榜診療科別の医師の偏在解消のための諸外国の医療政策に関する研究」第一回委員会

日時：平成 14 年 11 月 28 日（木）

場所：学校法人日本医科大学

※基本的な問題意識の共有と研究についての具体的テーマの設定を図った。

「標榜診療科別の医師の偏在解消のための諸外国の医療政策に関する研究」第二回委員会

日時：平成 15 年 1 月 31 日（金）

場所：U F J 総合研究所

※各研究テーマについての進捗報告及び検討を行った。

「標榜診療科別の医師の偏在解消のための諸外国の医療政策に関する研究」第三回委員会

日時：平成 15 年 3 月 27 日（木）

場所：学校法人日本医科大学

※海外現地調査の報告及び報告書案の作成についての検討を行った。

— 標榜診療科別の医誌の偏在解消のための諸外国の医療政策に関する研究 —

## 都道府県ごとの提示方法の開発

分担研究者 伊藤 弘人 国立保健医療科学院経営科学部サービス評価室長

**研究要旨：**本分析では、診療科単位でみた医師の地域的偏在の解消施策の開発に資するために、その方法の整理を行なった。**研究方法：**海外における医師数の不足する診療科および地域の調整についての歴史的経緯および医師数適正化施策に関する本研究における調査の知見、および専門家との意見交換に基づき、医師数適正化策の方法を整理した。**結果：**標榜科別の医師数を適正化するには、大きく（１）適正な医師数を推計するという段階と、（２）適正医師数に誘導・調整するという段階に分類できた。**まとめ：**医師数の適正化には、適正医師数の推計の段階と適正医師数への誘導・調整の段階があり、それぞれ分離して検討する必要がある。適正医師数推計は、比較的単純な方法で行なわれている。

見交換に基づき、医師数適正化策の方法を整理した。

### A. 研究目的

本分析では、診療科単位でみた医師の地域的偏在の解消施策の開発に資するために、その方法の整理を行なった。

### B. 方法

海外における医師数の不足する診療科および地域の調整についての歴史的経緯および医師数適正化施策に関する本研究における調査の知見、および専門家との意

### C. 結果と考察

標榜科別の医師数を適正化するには、大きく（１）適正な医師数を推計するという段階と、（２）適正医師数に誘導・調整するという段階に分類できる。

#### 1) 適正医師数推計方法

適正な医師数を推計するには、いくつかの方法がある。（１）最も簡便なのは外挿法とでもいうべき方法で、適正数であると評価できる国や地域の状況から「標準値」



を算出し、その標準値を推計すべき国や地域に当てはめるというものである。ある国における人口あたりの医師数を、わが国の人口にあてはめるのは、この方法の例である。(2) 次に標準値自体を算出して、推計すべき国や地域に当てはめるという方法がある。たとえばある疾患の有病率はどの地域でも一定であるとし、その地域におけるその疾患の診療に必要な医師数の標準値を算出し、その標準値を推計すべき国や地域に当てはめるのである。この方法は Needs-based planning と呼ばれている (Goodman, et al., 1996)。この方法による推計の正確さは、有病率および医師による治療による改善の程度をどのように仮定するのか、および医療技術の進歩をどのように予測するのかにかかっている。(3) 一方、地域における現状を考慮して適正医師数を求める方法がある。この方法は Demand-based planning と呼ばれている (Goodman, et al., 1996)。(3-a) そのひとつは、現在存在する病院・診療所数から医師数の標準値を求める方法である。(3-b) もうひとつは、現在の患者数から医師数の標準値を求める方法である。前者は供給側から、後者は需要側から適正医師数を推計することになる。

## 2) 適正医師数への誘導・調整策

一般に医師数の適正化には、規制して制限する場合と、経済的インセンティブなど

を付与して誘導する場合とがある。医学部の定員枠の制限は前者の例であり、特定科の診療報酬の増額などは後者の例である。適正医師数への誘導・調整策については、大河内分担研究者の考察が詳しい。医学部の地域ごとの定員による調整、また開業に関するインセンティブの付与や規制などによって、適正医師数への誘導・調整が行なわれていた。

## D. 結論

医師数の適正化には、適正医師数の推計の段階と適正医師数への誘導・調整の段階があり、それぞれ分離して検討する必要がある。適正医師数の推計にはいくつかの方法が考えられるが、推計になんらかの仮定が必要となるため、複雑になりすぎると意義が損なわれる。そのために、適正医師数推計は、比較的単純な方法で行なわれている。

## E. 研究発表 なし

## F. 知的財産権の出願・登録状況 なし

## 参考文献

1. Cooper RA. Perspective on the physician workforce to the year 2020. JAMA 274: 1534-1548, 1995.
2. Lomas J, Stoddart GL, Barer ML. Supply projections as planning: A critical review of forecasting net physician requirements

in Canada. Soc Sci Med 20: 411-424,  
1985.

3. McNutt DR. GMENAC: Its manpower forecasting framework. Am J Public Health 71: 1116-1124, 1981.

## 2. 諸外国の診療科医師数に関する実態調査研究

分担研究者 大河内 二郎 産業医科大学 公衆衛生学 助手

### 第1節 調査概要および考察

#### 1. 目的

海外における医師数の不足する診療科および地域の調整について各国の歴史的経緯、現状および現在の医師数に関する政策を明らかにし、本邦への適応可能性について検討する。

#### 2. 方法

1. Medline を用いた文献調査
2. ケベック（カナダ）、アメリカ、イギリス、フランス、ドイツの関係者に対してアンケートおよびインタビュー
3. わが国の現状の把握
4. 各政策の適応可能性の評価

#### 3. 結果

国別の要約と、専門領域毎の医師数の調整方法、地域における医師数の調整方法それぞれの概要を以下に示す。なおアンケート結果と聞き取り調査の結果が若干異なる場合があった。その場合には本邦への政策の適用可能性を考慮したうえで、国別の政策の概要にまとめることとした。

##### (1) 国別の政策の概要

###### ① ケベック

カナダでは、保健医療政策は各州が医師数の政策の立案および調整を行っている。医師の基本統計は College des Medecins が把握し、将来の予測に関する統計を元に医師数政策をケベック政府に対して提案している。現在は医師数、特に一般医が不足しているとの認識をもっているが、それは1. 以前医師が過剰と言われた時期の政策により、医師の早期引退を誘導した。2. 女医の増加に伴う医師の労働時間の減少。3. 遠隔地の医師の不足などが挙げられる。

これに対する政策は、医学部の増設、一般医の増加への誘導、不足する診療科の地域別の4段階の認定、医学生に対する不足する診療科の卒後研修への誘導、医師が不足している地域の医師への診療報酬の増額、再教育機会の付与、引退後の都市部の住宅確保への補助等がある。

## ② アメリカ

医師数の調整に対する政策は連邦政府の政策と各州政府が取っている政策の2つに分かれる。医師の基本統計は各州の College of Physicians の情報を元に、連邦の医師会が Master file を作成している。また Social Security Number を用いた医師数の把握も可能である。その他、National Center for Health Statistics に対する届出が義務付けられている。医師数は過剰であるという認識を持っているが、一般医は不足していると考えられている。

連邦政府は主に2つの政策を行っている。ひとつは、一般医を養成している卒業教育機関に対する競争的補助金であり、もう一つは National Health Service Corps による医学生やその他医療関連職に対する奨学金である。一方各州政府の政策は1. 過疎地出身の医学生の優遇、2. 過疎地で診療する医師への教育機会の充実、3. 診療施設開設時の補助金、4. 医療事故損害保険金の補助、5. 休暇時の代診医の派遣、6. ボランティアとしての無償診療時に発生した医療事故に対する免責、7. ボーナス（一時金）の提供、8. 遠隔診療を行った際の medicaid からの支払い、9. 租税の軽減等様々である。

## ③ イギリス

イギリス (England) では医師数の基本政策は保健省が作成するが、実施するのは住民に対して医療を提供している国民健康サービス (NHS) である。イギリスの医師数特に病理医、精神科医は不足していると考えられている。特に近年の女医の増加と、今後適用される EU における医師の35時間労働の規定による医師の生産性の低下の影響がある。医師数に関する統計情報は Royal College of Physicians が把握するが、人員の政策においては医師数ばかりでなく、関連医療職すべてを考慮に入れた計画が小児、慢性期、救急等7つの部門毎に作成される。また、イギリス外の医学部の卒業生も考慮に入れた人員計画がなされている。医師が比較的少ない地域においては医学部の新設および定員の拡大も行われていた。

## ④ フランス

保健省は医学部2年次に進級する学生数を制限 (Numerus Clausus) することにより、医師の増加に伴う医療費の抑制を行ってきた。しかし医師の35時間労働、ベビーブーマー世代の医師の引退、女医の増加、住民の高齢化等に伴い将来の医師数は不足すると考えられている。特に一般医の不足が危惧されている。医師数に関する統計は主に Collège des Médecins が作成するが、その他疾病金庫のデータ、保健省 (DREES) の調査もある。将来の医師の不足については Collège des Médecins が政府に対して Numerus Clausus の緩和が必要であると勧告している。近年 Numerus Clausus は緩和されており、増加分は医師が不足している地域の医学部に重点的に割り当てられる。

## ⑤ ドイツ

地域医療の医師数の調整は各州の保険医協会と疾病金庫の代表者からなる”Landesauschusses der Arzte”が作成する医師開業計画に基づいて行われる。保健省は保険医協会、疾病金庫、Landesauschusses 等自己決定組織についての枠組み法を作成する。医師統計は Arztekammer により作成される。Arztekammer は College of Physician と同様の機能に加え、専門医の教育プログラムの作成を各学会と共同で行い、専門医資格試験を実施する自己決定組織である。ドイツにおいて一般的に医師は過剰である。これは医学部の入学者数が憲法の学問および教育の自由により制限が困難であったためである。医師開業計画は、地域をその医師数の特性から 9 つに区分した上で、地域の専門医別の医師数が 1990 年の基準より 10% を上回る場合は新たに開業ができないという仕組みである。この仕組みにより、旧西独で新規の開業は困難で、開業を行いたい医師は空席が出るまで待つ必要がある。

## (2) 専門領域別の医師数の調整に関する政策

### ① 医学部における調整

調査対象となったすべての各国において一般医および家庭医の優遇政策が取られており、医学部生が専門領域を選択する際に影響を与えている。アメリカ合衆国においては、Medical Service Corps において、将来医療過疎地において診療する医師に対する奨学金の提供が行われていた他、過疎地での GP を育てる研修プログラムに対しては補助金が提供されていた。なお、この補助金は科学研究費を NIH 等から得ることができるより専門性の高い診療科と比較して、GP 育成プログラムは研究予算が乏しいため、それを補う目的であり、必ずしも研修医が将来医療過疎地で GP として診療することを求めるものではない。

より詳細な不足する診療科への医学部生の誘導はケベックにおいて行われていた。すなわち、専門領域をその不足の度合いから 4 段階に区分し、もっとも不足する診療科における診療報酬は高く設定されていた。

### ② 開業時の調整

ドイツにおいては地域別、専門領域別の医師開業計画が作成されていた。すなわち、地域別に 1990 年の全国平均よりも 10% を超過する場合は新たに開業ができない。旧西独地域においては、ほとんどの地域で新規開業は困難な状況にある。従って新たに開業を希望する場合は旧東独の医師過疎地で行えば制限がない。現実には旧西独における新たな専門医としての開業は困難である。

またケベックにおいては専門領域を不足の程度に応じて 4 段階に区別され、それぞれ地域別に診療報酬の償還点数が異なっていた。またケベック、ドイツともに医療費の予算性があるため、医師過剰地における新規開業は同じパイをさらに細かく分割することとなるため、抑制策となっていた。このほかドイツ・

フランスでは、地域病院計画が病院計画内で診療科のばらつきの抑制を行っていた。

イギリスでは、医師のみの調整では不十分と考えられており 7 領域の Care Group Workforce Team で、医師、看護婦を含むすべての医療関係職の人員計画が作成されていた。7 領域とは、

1. 小児・若年者・妊婦・婦人科
2. 高齢者
3. 癌
4. 心疾患
5. 精神疾患
6. 慢性期疾患（糖尿病と腎障害を含む）
7. 医療アクセス（一般外来医療および救急医療）

である。それぞれの領域ごとに、重点目標が定められていた。さらに GP 数の増加を目標として、補助金や、定年退職の遅延に対する補助や、パートタイム医師のポストの増加、家族手当、育児休業、保育園利用の優遇策がとられていた。

### (3) 医師不足している地域に対する誘導策

#### ① 医学部レベルでの調整

医師が不足するという認識から医学部の定員を増加させる政策は、イギリス、フランス、カナダで取られていた。いずれの国でも定員増加分は主として医師が不足する地域に割り当てられていた。またアメリカ各州では過疎地出身の医学生を優遇していた。また連邦政府は過疎地での診療を条件とした奨学金プログラムを提供していた。

#### ② 卒後教育レベルでの調整

卒後教育のポストを医師が不足している地域に割り当てるという政策は、フランスにおいて間接的に行われていた。これは研修医のポストが病床数に連動しているため、医療計画を通じて地域間の均衡を得ることが期待されていた。アメリカでは、卒後研修において過疎地で診療を行うような家庭医養成の卒後研修プログラムに対する競争的補助金がある。これらのプログラム修了者は、他プログラムより医師過疎地域における診療を行う率が高かった。

#### ③ 開業医レベルでの調整

開業医に対して金銭的インセンティブを与える政策はケベックにおいて行われていた。すなわち医師が不足する地域において診療報酬が高い。その他にも様々なインセンティブが与えられていた。アメリカにおいては州によって様々であるが、過疎地で診療する医師への教育機会の充実、診療施設開設時の補助金、医療事故損害保険金の補助、休暇時の代診医の派遣、ボランティアとして

の無償診療時に発生した医療事故に対する免責、ボーナス（一時金）の提供、遠隔診療を行った際の medicaid からの支払い、租税の軽減等様々である。一方ドイツでは、開業計画に基づいて開業の許可がなされる。すなわち、専門領域別医師数が過剰な地域では新たな開業が困難である。また金銭的なデメリットも発生する。すなわち固定予算に基づいて支払いを受ける各地域の保険医協会の各医師への予算配分が小さくなるため、医師過剰地域において償還額は低くなる。カナダにおいても、地域毎の予算があるため、医師過剰地域における新規開業は困難である。

#### 4. 考察 — 本邦への適応可能性について

諸外国の医師数の調整方法は各国の保健医療政策がその歴史的経緯において異なっていると様々に様々である。また各国の医師数に関する政策は、医師数基礎データのあり方、医学部教育のあり方、卒後研修制度（特に一般医（GP）と専門医の区分）、病院医療と開業医の区別、診療報酬の支払い方式等により異なっていた。

本邦の医師数の調整方法の特徴としては、大学医学部入学時の定員がある。1986年より、本邦の医師数の増加が医療費の増大をもたらすという予測および、医師過剰時代を迎える等の予測から、大学医学部の入学定員の削減を行ってきた<sup>1</sup>。本邦ではこれがマクロレベルでの調整方式である。しかしながら、我が国の医師ひとりあたりの患者数 587 人であり、これは、英国に次ぐ医師一人あたり患者数の多さで、OECD 諸国中第二位である（ケベック州の項に図を掲載）。このような少ない医師数で、世界一の健康寿命を達成している本邦の医療の効率性は他に類を見ない。一方で、医師数が少ない英国では、インフルエンザの大流行後、労働党政権となり、医師数を増やすため大学医学部の新設を行っている。同様に本邦でも、SARS あるいはインフルエンザの大流行により、パニックが引き起こされる可能性が否定できない。

一方、医療法の人員配置基準では、医療機関の質を維持するため病床あたりの医師数を定めている（例：一般病床では 16 対 1）。本邦ではこれがミクロレベルでの調整方法である。さらに、労働基準監督署による、病院の医師勤務時間が週 40 時間と定められている。これは、医師の過労により、医療の質の低下を来さないための政策とも考えられる（EU では 35 時間）。

また、諸外国にない特徴としては、一般医と専門医の区別が明確でなく、さらに専門医の定義も、各学会の基準にもとづくものであるため統一的な資格となっていない。また、診療報酬上も、歴史的にこのような区別をしてこなかった。しかしながら、これは現在カナダやイギリス、ドイツにおいては、専門医への紹介(referral) が非常に多く、非効率でありかつコストがかかっていることを考慮すると、これらは我が国の欠点とは考えられない。さらに 2003 年から開始される新臨床研修制度の開始により、すべての医師がプライマリケアの技術を持つことを目指し、さらにそのうえに専門領域の研鑽を積むとすれば、本邦の医師は、Primary care physician + Specialist、すなわち真の General physician となる。従って現在の医療体制の中にさらに、家庭医の専門課程を創設し、その他の専門医と区別することは、新たな診療報酬体系を作成することが必要となる。

---

<sup>1</sup> Asano, N. Kobayashi, Y. Kano, K. Issues of intervention aimed at preventing prospective surplus of physicians in Japan. Med Educ 35,5,488-94 (2001)

一方、看護師や理学療法士、作業療法士等への権限委譲により、医師不足の地域の問題を解消すべきであるという考え方がある。これは保健師助産師看護師法を改正し「診療補助行為」を医師の指示が無くとも行えるようにすべきであるという考え方である。英国では、プライマリケアの代替として一定の役割を果たしているという評価もあるが<sup>2</sup>、これらの代替サービスの利用は、医師への受療率を上げているという報告もある<sup>3</sup>。さらにアメリカでは医療費の増額要因となっているという指摘もある<sup>4</sup>。これらを総合すると、医療の細分化は、非効率と医療費の増大をもたらす可能性が指摘される。

また、マクロレベルおよびミクロレベルの調整がいずれも厚生労働省が実施するというのも本邦の特徴と考えられる。しかし実際にはこれらの調整が必ずしも同期（シンクロナイズ）していない。特に医師の労働時間については、医療の需給体制を考慮した上での政策が必要ではないだろうか。

以下、今回の調査結果に基づいて、項目毎に本邦への適応可能性について検討してみた。

### (1) 医師数の将来像についての認識

将来の医師数が過剰となるか、減少するかという予測に基づいて取られる政策は大きく異なる。アメリカ、ドイツを除く対象国が、将来の医師数は不足すると予想していた。またアメリカを含むすべての国が一般医の不足を指摘していた。不足する理由は各国で異なるが、主として以下の理由が挙げられた。

1. ベビーブーマー世代医師の引退（加齢および政策による早期引退を含む）
2. 女医の増加
3. 勤務時間の制限（特にEUでは医師の35時間労働）

特にヨーロッパでは、勤務時間の制限にともなって医療供給が非効率となるのではないかという危惧が訪問したすべての国で聞かれた。女医の増加にともなう労働時間の減少は、カナダ、イギリス、フランスでは問題として取り上げられていた。

これらの要因は、本邦でも医師数減少の要因と考えられる。したがって、上記の要因の影響を把握できるような医師に関する統計の充実が求められる。

### (2) 医師数に関するデータの所在

医師数の調整のための基本データは、今回の対象国の多くでは College of Physicians, Arztkammer 等にあり省庁に医籍はない。中央省庁において政策の決定がなされているのはイギリス、フランス、ケベックであり、一方ドイツで

---

<sup>2</sup> Thomas, K. J.Nicholl, J. P.Coleman, P. Use and expenditure on complementary medicine in England: a population based survey. *Complement Ther Med.* 9(1),2-11(2001)

<sup>3</sup> Druss, B. G.Rosenheck, R. A. Association between use of unconventional therapies and conventional medical services. *JAMA* 282 (7) 651-6 (1999)

<sup>4</sup> Eisenberg, D. M.Davis, R. B.Ettner, S. L et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 280(18)1569-75 (1998).



は各州毎に保険医協会と疾病金庫の代表者からなる自己決定機関がその役割を担っていた。アメリカ、カナダでは連邦政府よりも各州の政策が大きな役割を果たしていた。イギリス、フランス、ケベックにおいては医師のデータに、実質勤務時間や、複数の勤務地がある場合には、それぞれの勤務時間のデータが含まれていた。イギリス、フランス、ケベックにおいては各省庁や関連機関は、単に医師数のみではなく、医師の労働時間に基づいた計画策定を行っていた。またドイツにおいては医師の卒後教育はすべて Arztkammer において認可され、卒後研修および生涯教育のデータが把握されていた。一方アメリカでは、政府、各州、医師会等様々なデータがあり、それぞれのデータに基づいた議論が活発になされ、学術誌上を賑わしていた。

本邦では、基本的医師統計は厚生労働省にあり、その改定は厚生労働省のみで可能であり、しかも、統計の内容は法で定められているわけではないため、医師の勤務時間、勤務地を考慮にいった、統計手法の見直しが可能である。

### (3) 医師数の専門領域別の調整

医師数の専門領域別の調整については、各国とも一般医あるいは家庭医への誘導を行っていた。今回調査した国々では、フランスを除くと家庭医あるいは一般医の卒後研修過程があった。一般医、家庭医への誘導は医療へのアクセスの改善と医療費の抑制を目的としていたが、ドイツ、カナダ、イギリスなどでは、逆に専門医のコンサルテーションが増加したため、非効率になるとの意見も聞かれた。すなわち、家庭医や一般医として独立した診療科にするよりも専門医を兼ね備えた一般医の育成の方が良いのではないかという意見である。カナダにおいてはより詳細な不足する専門領域の認定と、それらに対するインセンティブの提供がなされていた。

したがって、臨床研修を終了した医師に対して、不足している診療科に関する情報を提供するとともに、各種学会と協議の上、不足していると考えられる専門領域については、診療報酬等を介して、経済的インセンティブを提供することが望ましいと考えられた。

### (4) 医師数の地域間の調整

医師が不足する地域に赴任する医師に対して直接金銭的なインセンティブを与えていたのは、カナダとアメリカである。両国は国土の面積が広大であるため、このような政策が必要となっていると考えられた。一方医師過剰地域の抑制策としてはドイツの例が挙げられる。ドイツでは、専門領域別地域別の開業計画が各州において作成されており、医師過剰地域における新規開業の制限が行われていた。またドイツ、フランスにおいては地域の病院計画が病院部門における地域差の解消に役立っていた。

本邦においては、医療法に基づく病床規制が、過密地での抑制策として働いている。これに加え、医療過疎地についても診療報酬等を介して、経済的インセンティブを提供することが望ましいと考えられた。

## (5) 医師数基礎データのあり方

医師数基礎データのあり方については、本報告書のフランスとカナダの項に添付した診療時間を含む基礎データは有用である。国および都道府県が医療計画作成時に用いることが可能であれば、より地域ニーズに従った医師の誘導策を作成できるであろう。またドイツでは Arztkammer において医師の研修状況が一括して存在した。医師の卒後教育における研修状況のデータを第三者機関等が管理することは医療の質の改善を促す政策として可能ではないだろうか。

## (6) 医学教育

一般医を除く専門領域別の不足領域に対する政策は、カナダとイギリスで見られた。カナダにおいては、地域毎で不足する専門領域に対しては、A, B, C, D の4ランクに区別され、診療報酬上の優遇策を取るとともに、この4段階の区分を医学生に対しても通知する他、医師数の調整機関である Table de Concertation には医学生の代表も参加していた。近年わが国においても小児科医の不足が指摘されてきたが、医学生に対してもこのような不足する診療科に対しての認識が持てるようにすることはできないであろうか。

## (7) 卒後研修制度

今後、新臨床研修終了時に医師は自らの診療科を決定する。従って卒後研修終了時にどのようなインセンティブを与えるかが、将来の専門領域別医師数の調整にはもっとも影響すると考えられる。本邦では診療報酬がもっとも直接的なインセンティブと考えられているが、現実には医師開業時にはすでに診療科が選択されてしまっているため、不足する診療科を補うことにはならない。また現在のところ本邦では卒後専門研修選択の再のインセンティブはない。不足する診療分野については、専門研修を行っている医師個人への金銭的インセンティブ、例えば給与の優遇などが考えられる。

## (8) 診療報酬

今回対象となったすべての国々で一般医と専門医の区別がなされているため、一般医がない本邦との類似性は少ない。

診療報酬に基づく診療科へのインセンティブの付与はカナダにおいてなされていた。アメリカでは HMO の主導のもと GP が診療報酬上も優遇されている（ただし、人頭払いである）。一方ドイツでは地域毎に開業医の総枠予算が定められており、既に医師が多い地域では同じパイの奪い合いとなるため、診療報酬の形態が過剰地域に対する抑制策として機能していた。

わが国では診療報酬の増額というインセンティブが開業医に対して与えられるが、その他開業後の再教育における補助という選択肢もあるのではないだろうか。

## 第2節 カナダ・ケベック州

### 1. カナダにおける歴史的背景と現状

カナダでは、各州がヘルスケアの財政を担っているところに特徴がある。各州は、医師数の過剰が指摘された頃から医学部の学生数を削減し、卒後教育においても地域の実状に合うように様々なインセンティブを提供してきた。その中でもケベック州は特に、医療従事者の地域分布や専門構成に関して先進的な取り組みを行ってきた。本節では、カナダの各州の中でも特にケベック州に焦点をあてて考察する。

#### (1) カナダ及びケベック州における歴史的背景

カナダ連邦政府は1961年に、第一次Hall委員会という医療政策決定のための諮問機関を設立した。同委員会は1964年に最初の勧告書を提示し、その中で医師、特に家庭医の不足を指摘した。この勧告書によって、二つの大きな変化がもたらされた。一つには、全ての国民がメディケアに加入して各州政府が管轄する医療保険が適用されるという国民皆保険が1966年に実現された。またもう一つには、4つの医学部が増設され、現在の医学部総数である16になった。

1980年代後半から1990年代前半には、カナダ連邦政府は医療従事者の労働力に関する問題を解決するために、各州が協力して取り組むべきことを認識し始めた。そして、Federal/Provincial Territorial Conference of Deputy Ministers of Healthから発刊されたBarer Stoddartレポートとして知られるレポートが、ケベック州以外の地域での医療従事者の労働力政策の転換となった。これは、医師供給のアンバランスを改善するためにさまざまなアプローチを、州をまたぐ政策を強めるという観点より提案していた。

このレポート以降、ケベック州以外のカナダの医師は、自分たちに影響を及ぼす政策の決定に、積極的に参加するようになった。また医学部への入学者を10%削減する方向性が示されたことで、16あるカナダの医学部の中で、カナダ最大のトロント大学の医学部は、オンタリオ州のすべての削減を引き受け、10%以上（入学者を）削減した。カナダ連邦政府保健省の委員会は、同レポートの要求のほとんどを取り入れ、1993年の9月には医師の人材に関する国のプランを提示し、卒業後の教育のポジションを削減することとにかかわるために、National Coordinating Committee for Post-Graduate Medical Training (NCCPMT)を設立した。NCCPMTに参加したのは、大学医学部、カナダ連邦政府保健省、医学部がある8つの州の保健省からの代表であった。

ケベック州では、カナダ全体の医師の4分の1が開業していたが、同レポートの提案の多くは既に取り組みされていたため、ほとんど影響を及ぼさなかった。ケベック州では1982年にはすでに医学部の入学者を減らしていたし、1980年代のその他のインセンティブによって、医師は医療不足地域に向い、地域レベルでの医師

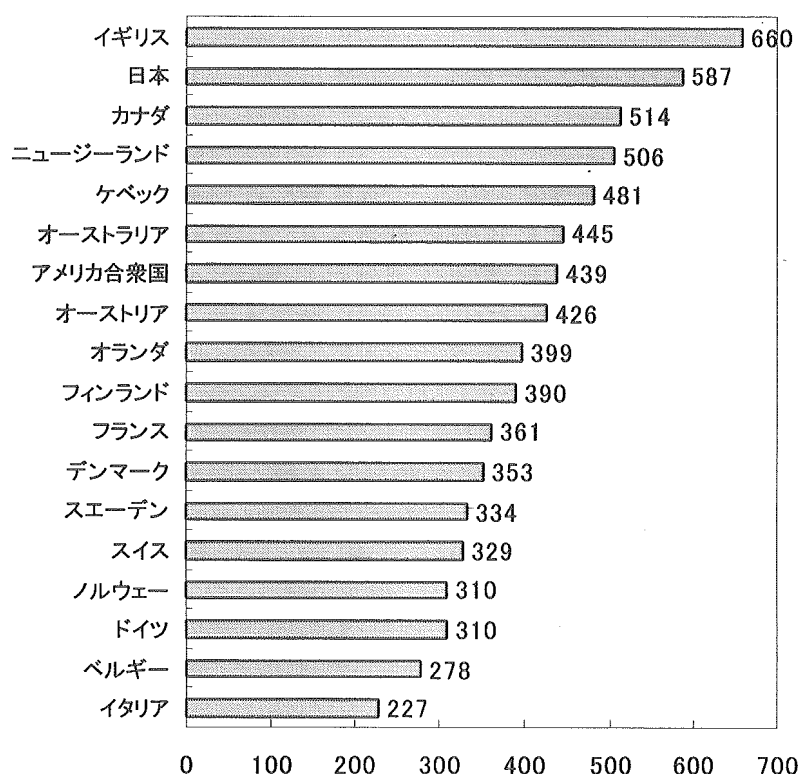
数を分散させられていた。

(参考文献：Sullivan et al. JAMA Vol.276, No.9, 1996)

## (2) カナダ及びケベック州における医師数の現状

カナダは OECD 各国の中でも、医師 1 人当たりの人口が 514 人と、人口に対する医師が少ない。ケベック州では、医師 1 人当たりの人口が 481 人と、人口に対する医師の数がカナダ全体と比べ多くなっている。

医師 1 人当たりの人口の比較



出典：Collège des médecins du Québec 資料 (2001)

ケベック州においては 2001 年 3 月現在、医師の総数は 17,989 人であり、そのうち 32% を女性が占めていた。専門医と一般医の比率は、専門医が 50.9%、一般医が 49.1% と、専門医の方が若干多いものの、ほぼ同じ割合となっている。カナダではケベック州以外の全ての州において、一般医の割合が専門医の割合よりも高い。ケベック州では 1970 年代には専門医が 60%、一般医が 40% と、専門医の割合が高い状態から、ケベック州保健省の取組みにより、現在の割合に推移して落ち着いた。