

## 各種定義による医師不足県順位

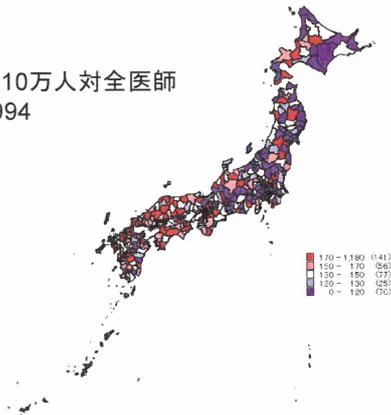
	人口当	診療所医師 2002	病院医師 2002	面積当	診療所 医師 2002	病院医師 2002	無医地区数 2004参考	病床当	病院医師 2002
	全国	55.7	123.0	全国	18.8	41.6	787	全国	9.6
1	埼玉県	37.8	78.4	北海道	2.8	9.6	111	鹿児島県	6.9
2	茨城県	37.9	92.7	岩手県	4.0	10.4	25	山口県	7.2
3	沖縄県	41.0	128.0	秋田県	4.6	11.9	16	青森県	7.4
4	千葉県	41.3	87.1	高知県	6.4	22.0	48	福島県	7.5
5	北海道	41.9	142.4	福島県	7.4	17.1	17	北海道	7.6
6	岩手県	44.2	114.3	島根県	7.8	16.9	27	長崎県	7.6
7	秋田県	45.4	117.0	青森県	8.1	16.2	23	岩手県	7.6
8	滋賀県	45.8	121.1	長野県	8.8	20.2	19	宮崎県	7.7
9	神奈川県	46.8	98.3	山形県	9.3	19.0	9	佐賀県	7.7
10	福島県	48.4	112.1	福井県	9.7	26.4	8	秋田県	7.7

人口・面積当りは診療所医師順位

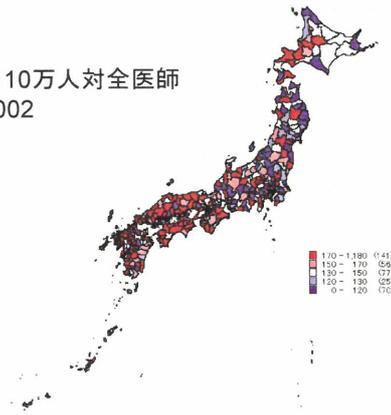
黄色大都市近郊

### 2) 2次医療圏単位の変化 1994-2002年

人口10万人対全医師  
数1994



人口10万人対全医師  
数2002



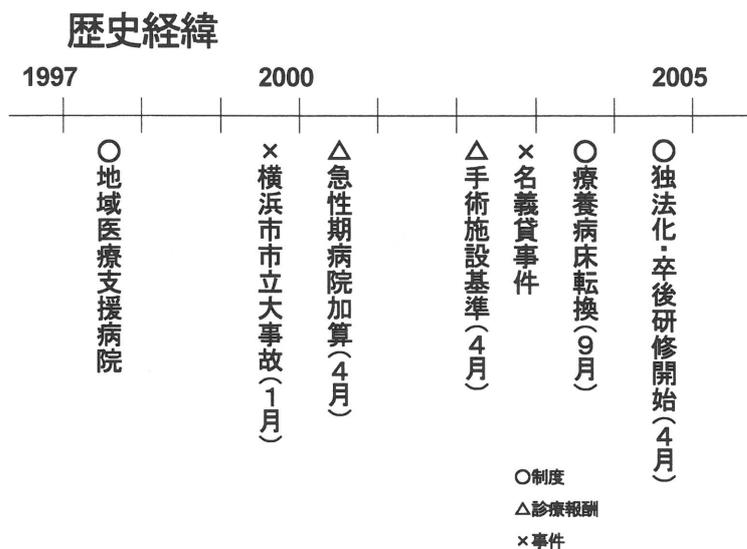
### 3. 変化の背景

近年国内外で、医師の不足論が高まり、事実、日本の一部の診療科や地域では、急速に医師不足が確認されつつある。一方、長期の需給のトレンドは、むしろ医師は着実に充足されつつある。特に、診療所の外来患者から見た診療所の医師数は、過剰さえ示唆されている。この二つの相矛盾する事実を理解するには、中期ないしは短期のトレンドとしてここ 10 年ないしは数年の間に新たな要因が発生したことを想定せざるを得ない。そこで、医師需給に影響を及ぼし得る政策や事件を時系列で分析したい。

#### (1) 歴史経緯

##### 1.) 政策の推進

1997 年厚生省は病院と診療所の機能分化と連携を促進するため、第三次医療法改正の中に新たに地域医療支援病院の概念を導入し、病院の理念型として提案した。その理念型は診療報酬制度に引き継がれ、2000 年 4 月の改訂で急性期機能を有し地域を支援する病院に特別の診療報酬を付与することとなった。さらに 2002 年 4 月の診療報酬改訂では、特定の手術件数が少ない場合には診療報酬を減算する施設基準を設定し、機能の強化と集約化を目指す政策を推進した。さらに 2003 年 4 月には各病院の病床を急性期か療養かに同定して申告させる期限を設け、病院の機能分化を図ることとなった。



##### 2.) 事件の発生

この間偶然か必然か、1999 年 1 月に「横浜市立大学で誤部位手術事件」が発生し、国民の医療への不信任感、医療の質への関心を呼び、2003 年には「札幌医科大学の名義貸し事件」の発覚に端を発し、全国的に標欠病院の問題が国民の関心を集め、人材を育成する大学の医局は「手術施設基準の導入」と相まって、人材の重点的な配備を図らざるを得なくなった。これらの動向にとどめを刺したのが、2004 年 4 月の国立大学の独法化及び医師の研修の必須化であった。機能・人材の集約化・重点化の流れの中で、卒後臨床研修強化及び研修生の大学からの流出に対応するため、多くの大学では人材を市中病院から引き上げざるを得なかった。

## (2) 3つのトレンド

歴史的な経緯から、長期・中期・短期の3つのトレンドを読み取ることが可能となる。

### 1) 長期トレンド

過去から現在に至る長期のトレンドとしては、全体としては医師の充足傾向にあり、必ずしも不足を示唆するものではない。唯一全体として、近年病院の医師への高まりつつあることは否定できない。今後の長期のトレンドについては、不確定要因が多く、結論を得るにはそれぞれの要因の検証を必要とする。

### 2) 中期トレンド

#### ① 機能の集約化

1990年代の後半から現在に至る中期に継続して追及されてきたのは、機能の分化と強化、そして施設の集約化であった。行政の負担は、法律や診療報酬の行政的手法を用い、集約を促す政策を繰り返してきた。また国民や患者にとっては偶然も手伝って、医療事故や名義貸しなどが発覚し、医療機能の評価と質の改善への要求が高まり、それが病院経営者や専門家にフィードバックして、機能の強化と集約化をさらに推進したと言えよう。

これまであまり指摘されてこなかったが、自己負担の20%から30%への増は外来の受診回数を減らしたのみならず、提供される医療の質に対する厳しい吟味の目を育てたのではなかろうか、これらがほぼ同時期に起きたため、国民や患者サイドの変容が急速に起きたように提供者には捉えられ、提供側がその対応に手間取っていることが負担感の一原因となっているのではないだろうか。

市場の独占度をあらわすハーフィンダル係数を用いて退院が特定の施設に集中していったか否かを、医療施設調査を用いて検証してみると、1993年、96年、99年と着実な上昇を見せ、2002年には、そこから前にも増して集中度が上昇したことが判明した。

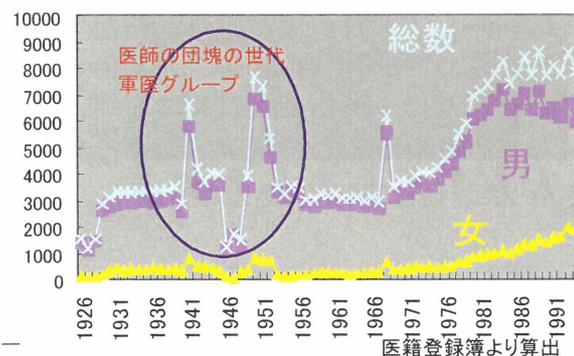
#### ② 医師の団塊世代の退職

日本の医師人口は、戦争中軍要請のため大量に医師が養成されたため、いわば医師の団塊世代を形成している。卒業年度でいうと、1941年から1953年までである。大半は戦後卒業し、全部で5万人弱に至っている。この世代は、若くて75歳前後から高齢者では85歳前後まで広がっており1990年代の終わり頃から退職者が増加し、今そのピークを迎えつつあると言えよう。

2002年までの医師数の推移を医師登録による新規参入と退出のバランスで見ると、1998年頃か増加し、年間平均4,000人の減少となっており、7,000人の登録をみても、実質増加数は3,000人にとどまっていることがわかる。一般医(GP)として診療所で多種の疾病に対応してきたこの世代が地域から退職することは、一部の地域では大きな損失と言えよう。

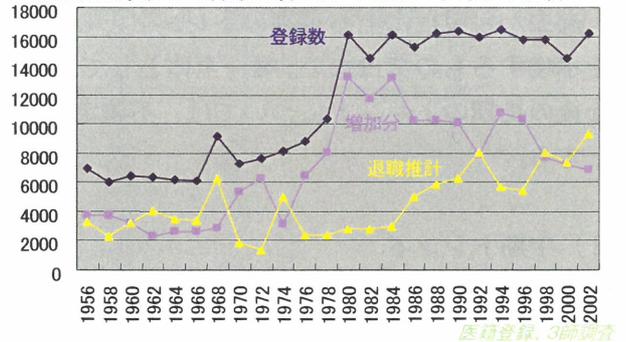
これら中期トレンドは、歴史的な必然であり、今後もその傾向は持続すると考えられる。

医籍登録者数年次推移



1980年代には毎年6,000～7,000人の医師の増加を見ていたものが1990年代には、4,000人にまで低下し、さらに2000年前後では4,000人をきるに至っている。毎年の医師登録数は7,000～8,000人と、それほど変化していないことから考えると、近年に至って急速に退職者が増加していることが想定される。医師の人口構成を分析すると、西暦2000年前後で、70～80歳にピークがあり、この世代は言わば医師の団塊の世代であり、第二次世界大戦中に軍医として多数養成されたグループであることが分かる。この医師の団塊の世代が1990年代に至って70歳を過ぎ2000年前後に急速に退職してきていることがその原因と考えられる。

医師退職者推計、2年毎  
医師登録数と3師調査増加分の差、2年毎より計算

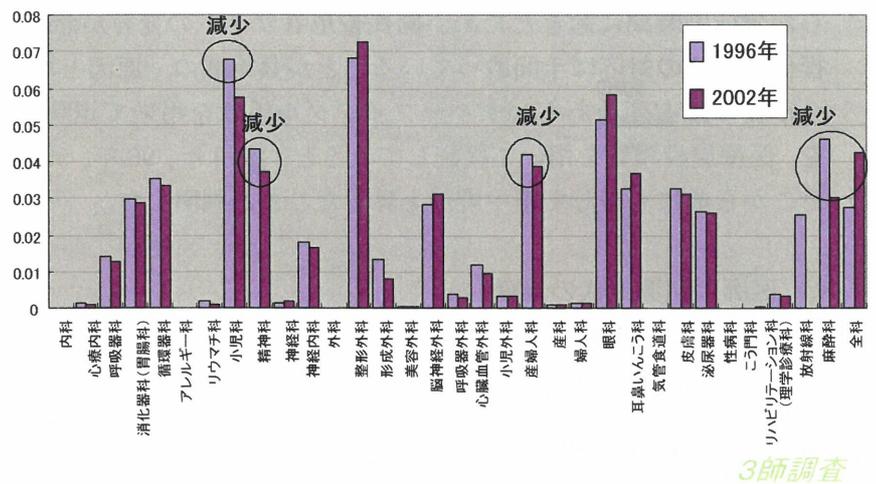


### ③ 医師ワークスタイルの変化

近年、若年医師層では勤務の厳しい地域中核病院や特定診療科を好まず、診療所で開業する傾向がある。また、女性医師の増加により産休などの一時退職者も増加している。さらに麻酔科等の診療科ではジョブシェアリングなどの新しいワークスタイルが始まっている。これらの新しいワークスタイルは今後も拡がると予想される。

三師調査の報告によれば、29歳以下の医師について、選択した専門の医師数が同年代の医師の全体数に占める割合を見ると、1996年から2002年までの間で、増加している診療科と減少している診療科が認められる。内科、外科は増加しており、その他の循環器や呼吸器の専門内科がわずかに減少しており、小児科、精神科、産婦人科、麻酔科はかなり減少していると言える。

若年医師専門科割合の推移  
29歳まで、1996年と2002年

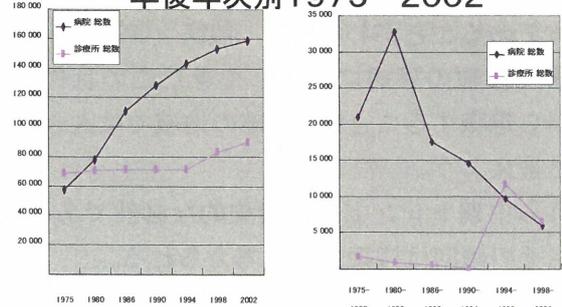


### ④ 病院から診療所への転職

#### i) 転職実数の変化

1975年から2002年までの三師調査を用い、30～89歳までの医師の業務の場所を10歳階級で4年（1975年～1980年は5年）毎の変化をみた。30～39歳では特に1994年—1998年で病院から診療所の移行が大きかった。他は語句に大きな移行は

病院、診療所医師数 年次推移  
卒後年次別1975—2002



見られなかった。その間医師全体で見ると実数で診療所医師が増加している。

ii) 転職率の変化

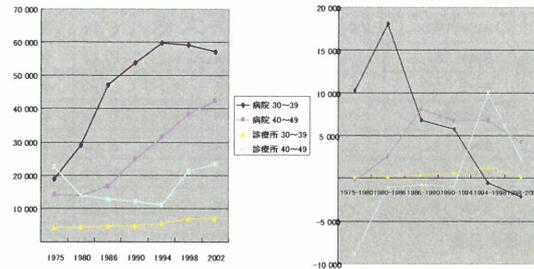
1982年から2002年までの20年間の3師調査のデータを用い、医師登録番号でリンクすることによって、各医師の就業場所の変化を追った。

まず、転職の全体のパターンをみると、卒後すぐには低く、13年までの間、急速に転職率が増加し、13年の9%をピークに、その後10年間の転職率は下降し、20年前前で反転する。

上昇した転職率は、もう一度定年退職期と思われる卒後36年から39年でピークを向け、6-9%に上昇して、反転下降する。これらは20年間ほぼかわらないパターンとなっている。

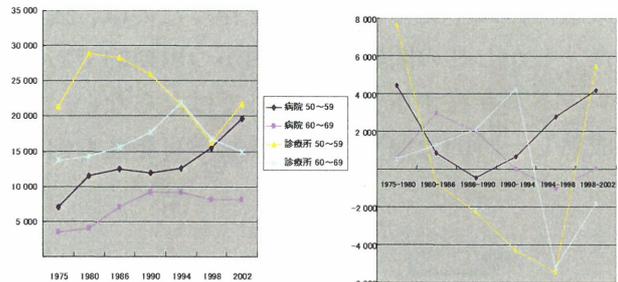
さらにこのパターンの年次歴史推移を分析すると、最初の13年までは、ここ20年間ほとんど変化していない。しかし、13年からその後10年間即ち、卒後10年から23年までにわたる卒後年次では、次第に転職率が増加している。その増加も、1980年代に顕著で、90年にいたっては、鈍化している。卒後29年以降の転職率の年次推移には大きな特徴は認められない。

医師数年次推移  
年齢階級別30-39,40-49 1975-2002



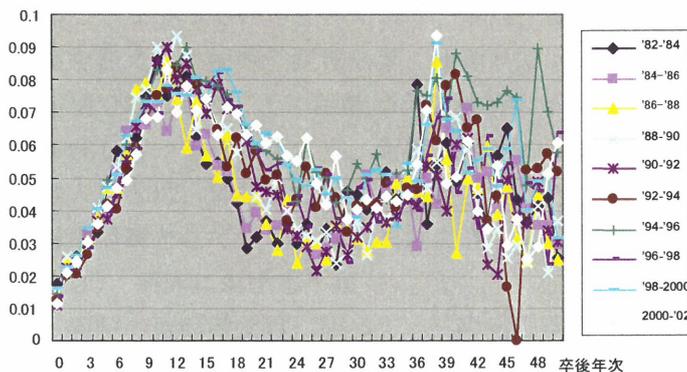
3師調査

医師数年次推移  
年齢階級別50-59,60-69 1975-2002



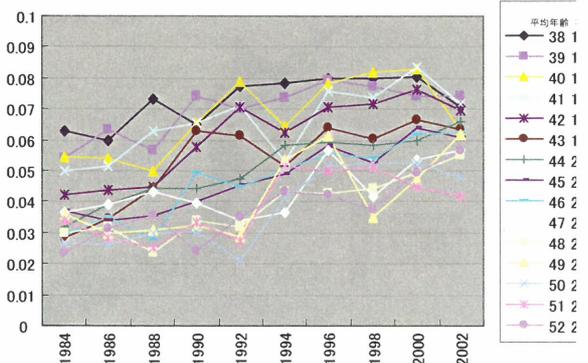
3師調査

病院から診療所への転職率 年次推移  
卒後年次別1982-2002



3師調査

病院から診療所への転職率年次推移  
卒後14-28年

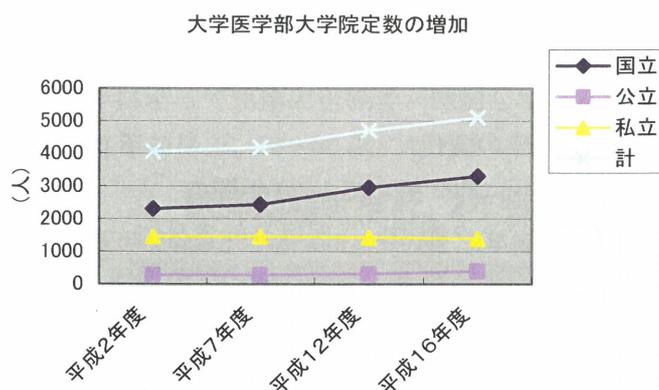


年次推移

3師

### ⑤大学医学部大学院定数の増加

近年、医学部の大学院の入学定員が増加して、診療に従事しない医師が増加している。特に国公立にのびが大きく、14年間で国立で1.43倍、公立で1.39倍増加している。



### 3) 短期トレンド

最近の医師不足のきっかけを作ったのは、独法化や医師卒後研修制度の開始による人員の移動であった。しかしこの問題は現象的かつ短期的であり、そのものが原因であるというより、背景に中期のトレンドが存在することを忘れてはならない。また、2年目以降の研修システムの確立と同時に制度も成熟し一時的な偏りが助長される可能性も出ており、注意深く見守る必要があると言えよう。

## 各種定義による医師不足県順位

### 4. 医師不足の定義と原因

医師不足には、「対人口」、「対面積」、「対病床」、「対需要」、「必須医師機能」の5つが考えられる。

#### (1) 人口に対する不足

住民人口に対する医師数は医師不足の指標として最も多く、汎用されている。これによると全国で最も医師数が少ないのは埼玉であり、次いで茨城、千葉、神奈川と大都市周辺地域、そして東北、青森、岩手、山形、秋田の4県が続いている。「大都市近郊型」と「郡部型」の2種類に定義される。前者は茨城を除き、医療施設が豊富な首都圏へのアクセスが良く、数は少なくとも実際にはそれほど深刻ではないかもしれない。一方、東北地方等、郡部型の不足は絶対的な不足であり何らかの対策が必要である。原因としては、医学部の設立が新しく地元での医師養成が遅れたことや、医療施設等の医療資源が比較的少ないことが挙げられている。しかし最近の研究によると、これらの地方では入学する医学生の大半を関東首都圏からの受験生が占め、卒後地元にとどまらないことが主因とされている。翻れば首都圏は比較的大きな医療需要にもかかわらず、比較的医学校、大学が少なく、もとから乏しい東北地方が医師を提供してきたことによるとの考えも提示されている。

#### (2) 面積に対する不足

北海道や島根県では、人口当たりの医師数は決して少なくないが、面積が大きいため面積当たりの医師数が全国でも少ない数となっている。その結果、医師への距離的アクセスが悪く、不足感につながっているといえよう。また、多くの離島を抱える長崎県や鹿児島県、沖縄県では、県の面積ではないが、その距離ゆえに独特の不足感を醸成しているといえよう。面積・距離による不足は人口とは、異なった対策を必要とし、これまで僻地対策として長年取り組まれてきている。

#### (3) 病床に対する不足

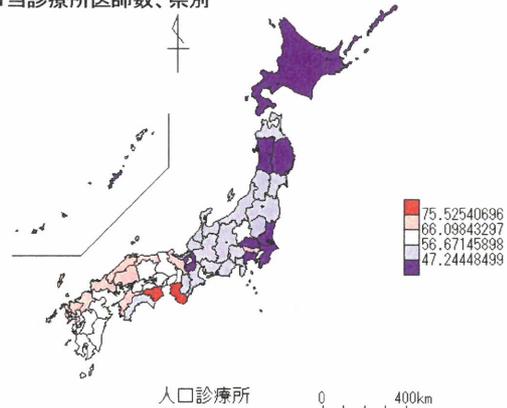
病院の医師数だけに限って、一般病床別の医師数を県別に算出し、ベンチマークした。鹿児島や

人口当	診療所医師 2002	病院医師 2002	面積当	診療所医師 2002	病院医師 2002	無医地区数 2004参考	病床当	病院医師 2002	
全国	55.7	123.0	全国	18.8	41.6	787	全国	9.6	
1	埼玉	37.8	78.4	北海道	2.8	9.6	111	鹿児島	6.9
2	茨城	37.9	92.7	岩手	4.0	10.4	25	山口	7.2
3	沖縄	41.0	128.0	秋田	4.6	11.9	16	青森	7.4
4	千葉	41.3	87.1	高知	6.4	22.0	48	福島	7.5
5	北海道	41.9	142.4	福島	7.4	17.1	17	北海道	7.6
6	岩手	44.2	114.3	島根	7.8	16.9	27	長崎	7.6
7	秋田	45.4	117.0	青森	8.1	16.2	23	岩手	7.6
8	滋賀	45.8	121.1	長野	8.8	20.2	19	宮崎	7.7
9	神奈川	46.8	98.3	山形	9.3	19.0	9	佐賀	7.7
10	福島	48.4	112.1	福井	9.7	26.4	8	秋田	7.7

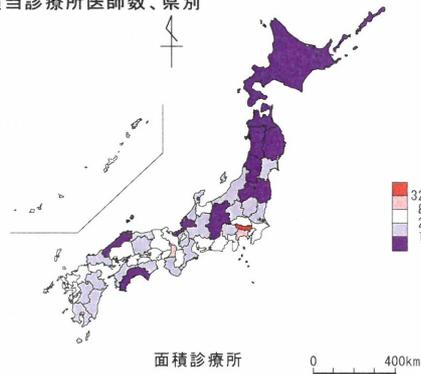
人口・面積当りは診療所医師順位

黄色大都市近郊

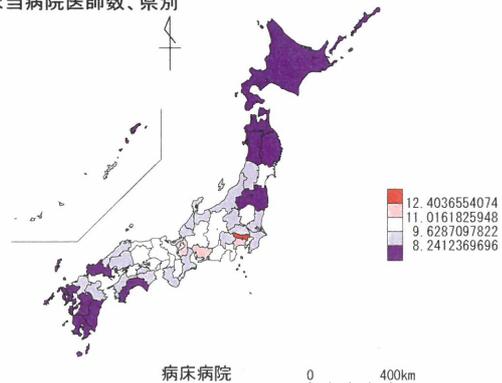
人口当診療所医師数、県別



面積当診療所医師数、県別



病床当病院医師数、県別



山口で病床に対する医師数の不足が認められる。北海道に端を発した名義貸しは、この不足を原因としており、病床の集約と医師の集約がその解決策といえよう。

(4) 需要に対する不足

本来医師不足は、人口や距離や病床で測定するものではなく、患者の需要に対し、よりよく安全で十分な医療を提供するために十分な医師数が確保されるべきである。しかし、安全・良質のために必要な医師数の算出は難しい。そこで、日本の平均的な患者数を用いて、推計する患者負担に対応しうる標準的な医師数との比、すなわち標準化必要医師比の考えを提案し、次善の策としたい。これによると、単純な人口とは異なった不足が明らかになるといえよう。

(5) 必須医師機能の不足

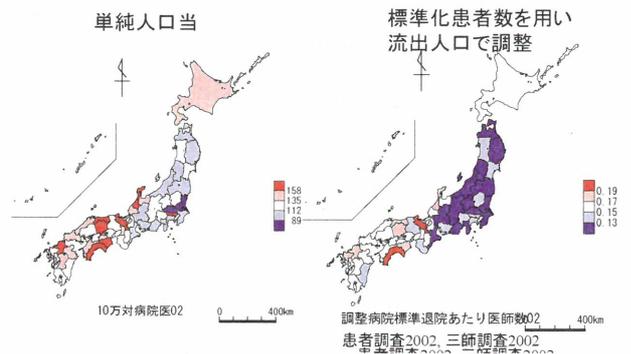
相対的な医師不足や理想的医療に必要な医師数に到達する政策は長期的な政策課題としては重要である。しかし、地域の住民の緊急の安全安心を確保するためには最低限必要な医師機能を同定し、その過不足を分析する必要があるといえよう。今日、小児科や産婦人科の医師不足が語られている背景には、緊急対応の必要性が存在するからである。小児や産婦人科の問題の原因はシステム的なものが考えられる一方、麻酔科医の不足は、むしろ麻酔科の診療の独自性から来る新しいワークスタイルの追求といえよう。すなわち、フルタイムで病院にしばられるのではなく、自らの時間と働く時間のバランスを考える志向で女性医師の場合に家族とのバランスやこの後の若人の意向とも一致する方向と言えよう。

平均患者数による標準化と流入の調整後医師数

不足県順位、診療所医師

	10万対診療医02	順位	診療所標準通院あたり医師数02	順位	調整診療所標準通院あたり医師数02	順位
沖縄県	47.7	1	0.0205	4	0.0205	4
茨城県	48.5	2	0.0194	2	0.0201	2
埼玉県	49.0	3	0.0212	5	0.0224	8
千葉県	52.7	4	0.0223	9	0.0232	10
秋田県	54.0	5	0.0189	1	0.0187	1
北海道	55.0	6	0.0214	6	0.0217	6
岩手県	55.4	7	0.0201	3	0.0201	3
福井県	58.3	8	0.0217	7	0.0214	5
滋賀県	58.3	9	0.0238	15	0.0241	15
新潟県	60.5	10	0.0221	8	0.0219	7

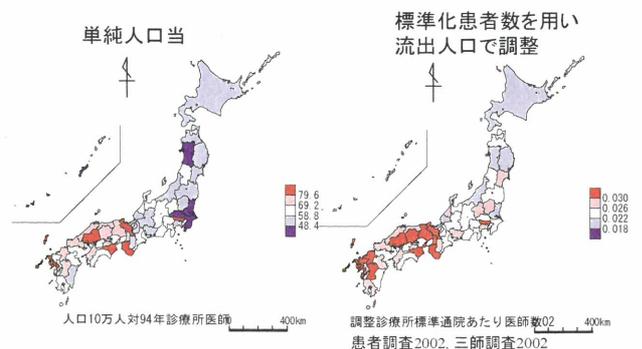
単純人口当と調整後の比較  
病院医師



平均患者数による標準化と流入の調整後医師数  
不足県順位、病院医師

	10万対病院医02	順位	病院標準退院あたり医師数02	順位	調整病院標準退院あたり医師数02	順位
埼玉県	73.8	1	0.096	1	0.107	1
茨城県	88.3	2	0.107	2	0.112	2
千葉県	90.8	3	0.114	3	0.119	8
岐阜県	97.5	4	0.115	4	0.116	4
静岡県	98.9	5	0.117	6	0.116	5
青森県	101.6	6	0.119	7	0.118	6
神奈川県	103.1	7	0.131	13	0.134	15
新潟県	104.2	8	0.116	5	0.115	3
三重県	106.4	9	0.124	12	0.127	12
福島県	106.4	10	0.122	9	0.120	9

単純人口当と調整後の比較  
診療所医師



## 5. 医師不足対策

### (1) 国際的な医師改善政策のレビュー

#### 1) 医師確保政策

医師不足対策を国際的に比較検討すると中長期的な視点から国全体の医師数の増加や医療システムの効率化により必要なサービスを確保する政策と、地域や診療科の偏在に対応する政策の2つに区分される。医師が相対として過剰な国々でも後者の政策は必要とされている。

医師不足解消の中長期的な対策としては

- ① 医学定員増
- ② 外国からの医師の流入
- ③ 医師以外に医療行為をさせること
- ④ 国民の参加によって疾病の負担を減らすこと
- ⑤ システムの改善により医師の労働効率を改善すること
- ⑥ 休眠医師の発掘

などが考えられる。しかしそれぞれの対策には問題があり、例えば医学定員を増加させても実質的な医師増は20年先にしか影響がないとか、外国人の医師の場合、発展途上国の医師が多く、頭脳流出の批判を免れないとか、医師以外の医療行為を推進する場合には質の確保に課題があるといったような問題点があり、システムの改善や休眠労働力の掘り起しが当面の比較的短期に可能な政策といえよう。

#### 2) 地域格差改善政策

地域格差の改善対策としては地域の出身者を医学部に入学させる「教育政策」や奨学金によって就業地を定める「奨学金政策」、就業者数の制限などの「規制行政政策」、僻地等での給与の上乗せによる「財政的な政策」、その他医師の「環境を整備する政策」などが国際的には行われている。

### (2) 日本での医師不足改善対策

#### 1) 中長期の対策

中長期の日本全体での医師需給対策について、とりわけ医学部定員の増減については現在のところ長期的医師需給の分析に必要な情報が不足しているために判断することは難しい。短中期的な政策としては国際的に提案されている政策とほぼ同様といえよう。そこで可及的速やかに改善が必要とされる地域偏在とその中での診療科偏在の改善を緊急に必要とする診療科を中心に総括する。

#### 2) 地域偏在改善対策

医師地域偏在改善対策は大きく分けて「医療システムの効率化」を目指すものと「医師数の確保」を目指すものに分かれる。

前者にはまず医師確保の協議会を県、大学、医師会、病院等をメンバーに開催し、今後の長期的な医療計画や人員配置計画について協議し、合意することが有用と考える。ただ協議会は出発点で短期長期の両方の課題を取り扱えるが、一方でメンバー間の合意と協議会の財源が必要となる。次に病院の機能と人員を特定の病院に集約化することである。成功すれば短期的に問題を解決することが可能ではあるがそのためには関係者間での合意が必要で、集約化の財政的なインセンティブ、例えば診療報酬等が必要となろう。

## 地域偏在対策

効率化を目指すもの	影響期間	必要条件
医師確保協議会 (県、大学、医師会、病院)	短 長	財 源
集約化	短 (長)	財 源
地域連携とコーディネーション	短 (長)	情報整備
他職種の参加	短 (長)	法的整備
医師数確保を目指すもの	影響期間	必要条件
短期派遣や地域間貸借	短	合 意
人材プールや斡旋	短	財 源
過剰地域保険医枠	短 (長)	制度改正
外国人の招聘	短 (長)	特 区
大学定員付け替え、地域枠	長	

次いで地域連携推進対策は、これまで全国的に推進されてきている。うまく推進出来れば効果は大きい。このためには医療施設間の合意と情報の整備が必要である。最後に他職種間に医療行為を協議してもらうことが考えられる。そのためには法的整備や医療行為の質の確保が課題となる。これらの整備が出来れば短期間に効果を挙げることは可能といえる。

医師数の確保を目指す政策としては、まず短期の派遣や地域間の貸し借りがある。短期の派遣としては病院グループ同士や自治医大さらには自衛隊からの派遣が想定されよう。また地域間の貸し借りとしては例えば自治医大卒業生の比較的医師が過剰な地域から不足地域への一時的転用や地震対策でとられたような自治体間の医師の派遣対策である。このためにはグループ間の合意が必要で財政的インセンティブが確保されなければならない。医師のプールや斡旋が続いて考えられる。休眠医師の発掘や人材のプールは短期的に有効と考えられるものの掘り起こし可能医師数が元来少ない。例えば試算によると若年女性の勤務カーブを出来る限り男性に近づけても 3,000 人程度の増加が見込まれるに過ぎない。また近年進行しつつある麻酔科医のようなジョブシェアリング等の就労形態を県単位で支援、斡旋することにより潜在医師の掘り出しが可能になる可能性がある。

ついで過剰地域の保険医の枠設定が考えられる。

- ① 卒後臨床研修2年間の定員を、医師の充足度に合わせて、割り振りする。
- ② 二年以降の専門卒後研修の定員を、診療科や地域の過不足に対応して設定する。
- ③ 保険医の認定につき、過剰地域での認定数を制限する。などが考えられる案である。

しかし過剰地域における医師の反対や規制緩和の潮流の中での政策的な問題点が存在する。外国人の招聘は現在のところ医師免許と法的整備が必要で特区のような形でのみ可能と考えられる。最後に大学医学部の定員の付け替えや地域枠定員の設定である。この対策は卒業し医師増に繋がるまで極めて長期な時間がかかるという問題点が存在する。全国の医学部定員を変えずに必要なに応じて地域で定員を付け替えることについては全国的な合意が必要といえよう。また地域枠については既に現在いくつかの医学部で推進されている。

以上の議論を踏まえて総括すると、医学校が新設されて以来、医師数は着実に増加し、無医村等

が解消されてきているにもかかわらず、ここ数年、医師の不足感が高まり、かつ特定の地域や診療科では医師不足が社会問題とさえなっている。この二つの事実のギャップは、医師数全体として急速に不足したとは考えられず、むしろ、中・長期的なトレンドが背景にあると考えられる。

その背景として

- ① 医療の質や安全の向上および効率化を求めて医療機関が集約されつつあり、政策的にも急性期病院加算や手術の施設基準等、医師や診療機能を集積する諸政策が推進されてきていること
- ② いわゆる医師の団塊の世代が退職し、新規卒業生の増加が追いつかないこと
- ③ 若年層や女性医師、さらには労働基準法の適用等、従来の個人の努力による継続的労働といった医師に特有のワークスタイルが変化しつつあること
- ④ 労働条件の厳しい病院から診療所への開業、また比較的楽な診療科への選択等、一部の地域や診療科でとくに病院医師が不足しつつあること、などである。
- ⑤ 大学院の定員の増加

これらの長期的トレンドに、二年前の卒後研修制度の新設や、病院設立主体の独立行政法人化等の短期的なトレンドが重なって、急速に不足ならびに不足感を助長したと考えられる。従って対策としては、地域で必要な必須医師機能に問題を絞り、そこを重点的に充足する政策を展開すべきと考えられる。緊急の課題としては、疾病の急変に伴う救急医療の課題を中心に、その需要の多いもの、例えば小児救急、産科救急、一般の救急、そしてそれに必要な麻酔医等の充足に重点を絞るべきと考えられる。

### (3) 不足 4 診療科に関する対応

#### 1.) 小児科

##### ① 対策としての集約化モデル

地域拠点病院を設置し、医師を集約し、重症の患者は拠点病院で診る。医療施設を以下の三つのレベルに分類する。

- レベル 3 中核拠点病院 (大学病院等)
- レベル 2 地域センター
- レベル 1 診療所、病院

レベル 1 と 2 ではまずは横の連携を行う。Common Disease は基本的にレベル 1 の診療所・病院レベルでまわし、上位レベルを疲弊させない。医師数をレベル 1 からレベル 2 と 3 にまわす。

##### ② 問題点

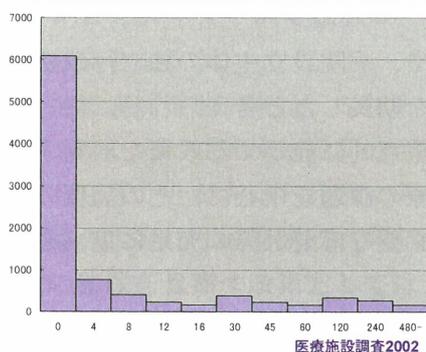
###### i) レベル 1 間の相互の連携がとられていない。

かかりつけ医機能としてのレベル 1 の強化により救急のカードを減らすことが可能である。

ii) 拠点病院の決定が困難：

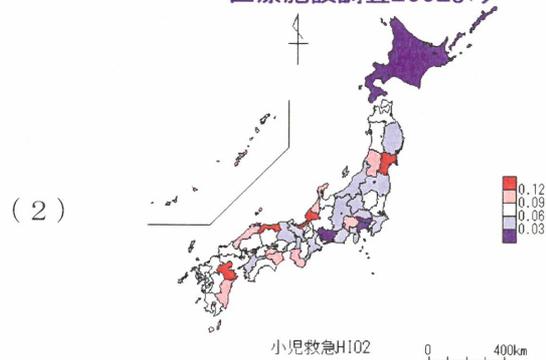
- 医師の集約を行う際に病院の開設者や出身の大学医局が異なる
- 拠点病院とならない病院の地元の人々の反対
- 拠点病院も医師の確保が困難なことがある
- 拠点病院によっては医師が十分おり、そこにさらに経済支援をすることで他の病院が不公平感を感じる
- 秋田、岩手では Level 2 ができないほど小児科医が少なく（絶対数の不足）、集約ができない。（自己完結が困難）
- 369 医療圏でこういう仕組みが作れそうなのは半分だと言われている。なぜなら、二次医療圏で医師が 10 人いないのが半分くらいあるためである。

**全病院救急小児取り扱い**



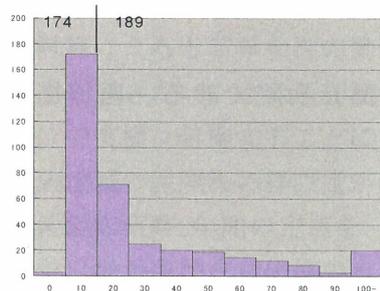
**小児救急患者の県別ハーフィンダル指数**

医療施設調査2002より

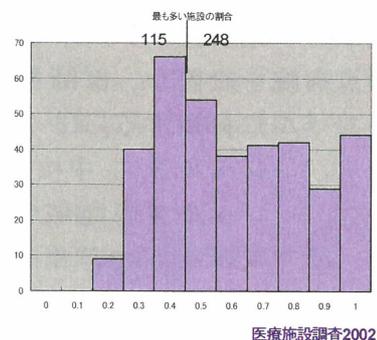


**病院小児科(標榜)医師数**

二次医療圏分布、3師調査2002より



**二次医療圏で最も多い小児救急患者施設の患者数の二次医療圏全発生患者数の中に占める割合**



### ③ 対策案

#### i) レベル 2 は都道府県が中期的展望で推進

- 医師の確保
- バンク：数はいるが、ミスマッチがある所があるはず

#### ii) 保険医制の導入

- 病床規制の医師版として地域医療計画にシーリングを設ける。小児科医は何人と決定。但し標榜は自由とする。

#### iii) 動員

- 各地域でどの診療科であまっているのかを算出し移動してもらう。月間ごとに移動してもよい。

#### iv) 経済的支援としては、補助金よりも診療報酬が必要

- 保険点数によるとレベル 1 がより効果的と思われる。

#### v) 病床削減

- 病床を削減することも効果的。しかしながら病床は初期投資した民業であり、その削減は困難。医者は移動可能。病床は移動不可能。公的病院は減らすことができる。今後建替えを行う病院はよい対象となる。

## 2.)産科

### ①対策としての集約化モデル

産科は小児科モデルにおけるレベル 1 がないモデル。正常分娩かどうかは結果論であり、その判断は困難である。そこでの事故を防ぐために、オープン病院を機能させる。

### ②問題点

- i) 一部の地域では産科医の絶対数が少ないため(例:岩手の花巻)、レベル 2 ができない。病院内の助産所を作らざるをえない状況がある。
- ii) レベル 1 は Prenatal Care 中心となり、診療所の今後の機能の検討が必要である。
- iii) 産科の場合の救急は重篤例が多く、広地域の集約は難しい。

### 3.) 麻酔科

#### ① 対策としての人材集めの成功例

- 横浜市立大学の約 200 人の医局員は、「あなたはどのような働き方をしたいですか？」という質問をして集め、人材派遣を大学が纏めて斡旋し成功している。
- 開業ネットワーク：6 人いた医師が 5 人やめ、3 人でネットワークを作った。同じ場所に勤めているのに収入が上がる。

#### ② 対策案

- 都市部：麻酔科の地域オンコールの医者を集めておく
- 地方：麻酔医センターのようなものをつくる。
- 働く人の目線に合わせた業務形態へ。女性の麻酔科医が多いため、ジョブシェアリングの体制を組む。
- 麻酔医のキャリアパスを充実させる。10 年くらいで技術が身に付きさらに最初のゴールが来てしまうので、キャリアを積んでいくという感覚が他科より少ない。従って麻酔科医のライフプランを立てる必要がある。例えば管理者やペインクリニックと 選択肢をふやすことで、きちんとした麻酔医を手術室で勤務してもらうように誘導する。
- 全身麻酔を行う病院への医師の集約。技術集積性を考えて手術をする病院をどのくらいどこにおくかの判断が必要。
- 登録医の活用をまず推進すべきだが、登録医の多くは外科医である。安全面への配慮や麻酔の複雑化から外科医が麻酔をやらなくなっている。
- 麻酔専門看護師の養成：看護師に任せるのが心配という意見もあるようだが、大卒看護師とか、研修とライセンスを厳しくすることで対応可能かもしれない。

### 4.) 病理医

#### ① 対策：

- 遠隔画像診断で対応可能。放射線科はこの傾向にあるが、病理も同じではないのだろうか。
- 女性医師の確保：診断時間などを自分で決められることが多いので、女性にはいい職場かもしれない。画像技術によっては Home Office でもできるかもしれない、柔軟性のある専門科である。

② 病理科は今までの勤務体系に固執すれば難しいが、外注や遠隔で可能ならば特に不足していないし、今後も不足しないのではないだろうか。

## 第2部： 日本の現状分析

### A. データの課題

国立保健医療科学院

長谷川敏彦

### B. 国際比較

国立保健医療科学院

長谷川敏彦

### C. 歴史推移

国立保健医療科学院

長谷川敏彦

### D. 地域・診療科分析

国立保健医療科学院

松本 邦愛

### E. 診療科の類型化

香川大学

平尾智広



## 第2部：日本の現状

### A. データの問題点

日本の医師数に関する統計は医師・歯科医師・薬剤師調査（以下：三師調査）と医療施設調査の2つの別の調査で把握されている。しかし、三師調査と医療施設静態調査で医療施設で働く医師数を比較すると全く異なる。2002年の三師では29.2万人、医療施設静態調査では43.3万人であった（常勤のみでは27.4万人となり三師調査と類似する）。病院の三師調査の医師数と医療施設静態調査の常勤医師では医療施設調査での常勤医師が少し少ない（20.2万人対17.4万人）。診療所ではこれが逆転する（9.0万人対10.0万人）。2次医療圏単位で2つの調査結果を比較すると、全医師では医療施設調査の方が多い。三師調査は報告漏れがあり、医療施設静態調査は過剰報告の可能性があり、医師数は確定できない。

今後、一定地域での調査や三師調査のコホート分析を用いて、日本における真の活動医師数を推計する必要がある。

表1： 2つの調査による医師数 2002年

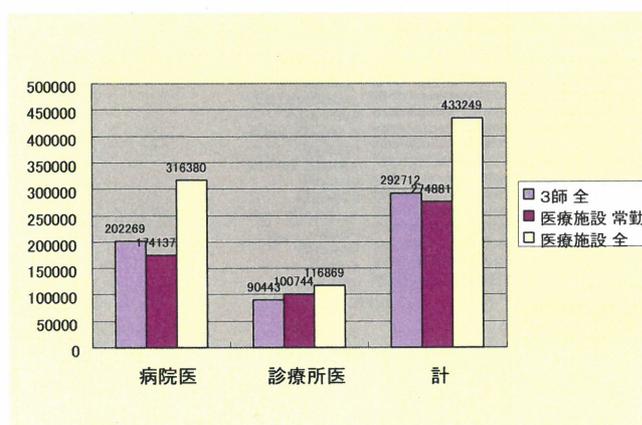
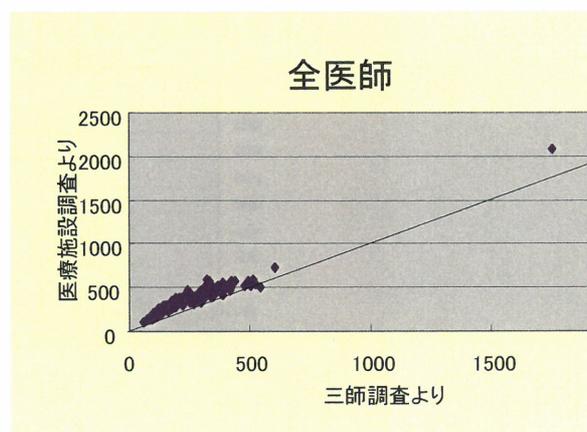
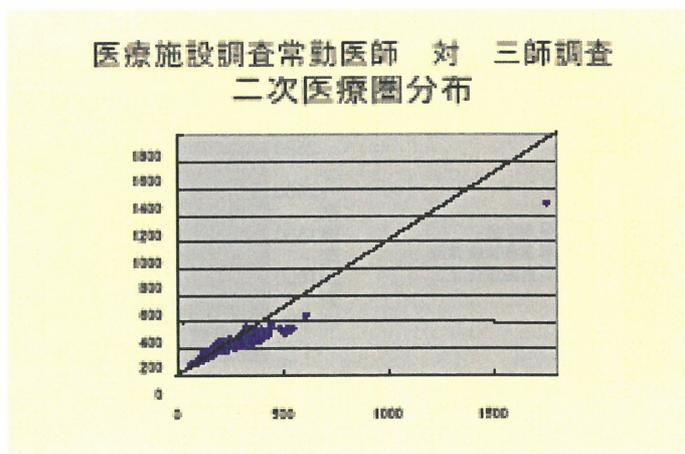
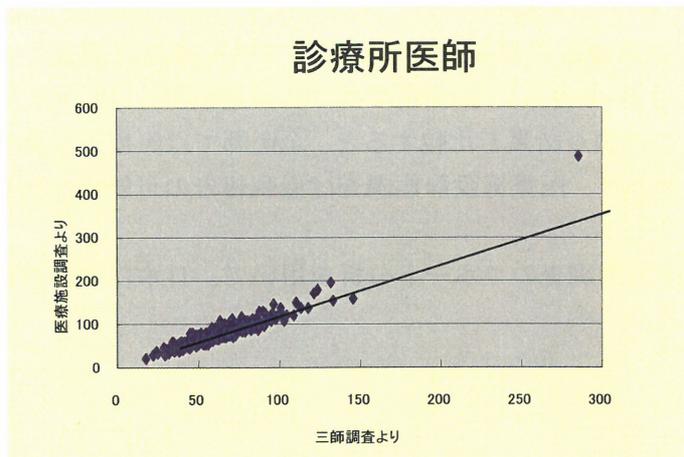
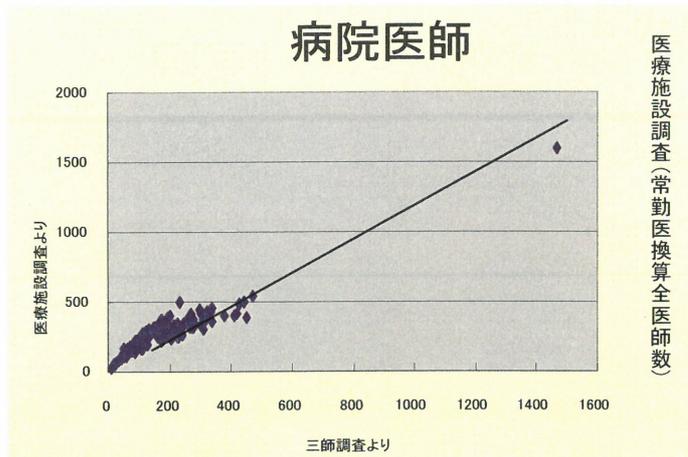


表2： 日本の全医師数





## B. 国際比較

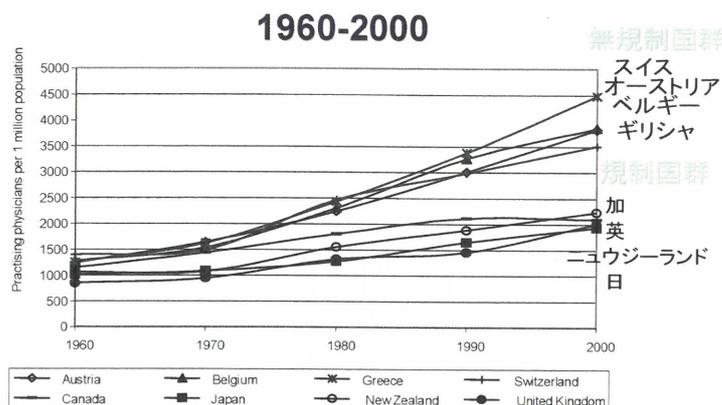
### 1. 人口当たり医師数

日本は2000年当たり1000人当たり1.93の医師数で、OECD29カ国のうち26位と最も低いグループに属する。日本より少ない国は日本の20%以下の人数で、メキシコ、韓国、トルコである。一方最も多い国は、ギリシャ、イタリア、ベルギーで日本の倍以上の値となっている。国際的人口当たりの医師数を分析すると、ヨーロッパ大陸諸国はベルギーを筆頭に比較的多く、また地中海沿岸ではギリシャ、イタリアと極めて多いグループに属している。次いでデンマーク、スウェーデン、ノルウェーのように北欧諸国が続き、最後にアングロ・サクソン諸国はOECDの中では最も低い部類に属し、日本よりわずかに多い約20%増の値を示している。アングロ・サクソン諸国、即ちオーストラリア、ニュージーランド、アイルランド、米国、英国、カナダは2前後で日本より約20%多いが、先進国では最も低い部類に属している。

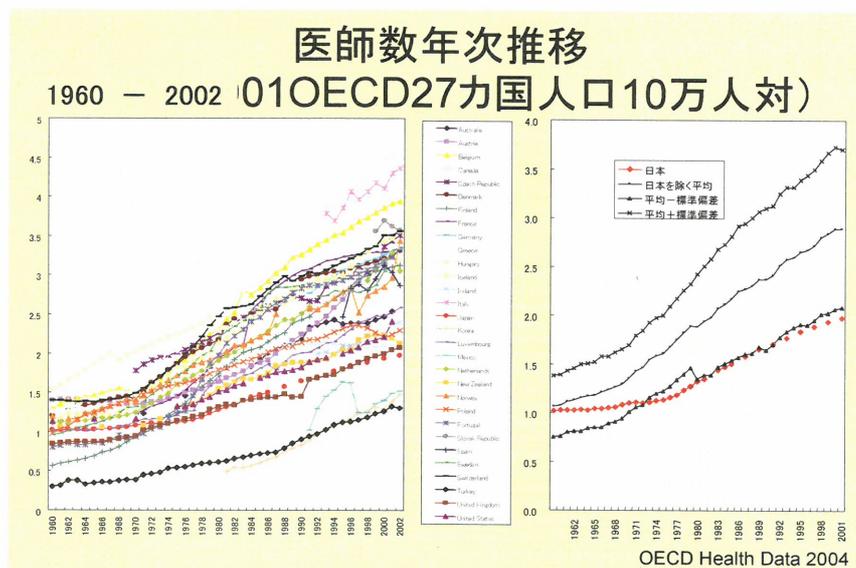


OECDの分析によると医師養成を市場経済にまかせている、オーストリア、ベルギー、ギリシャ、スイスなどではこの40年間に人口当たりの医師数は増加し、一方、計画経済で規制してきたカナダ、日本、ニュージーランド、英国では低い値にとどまっている。

## 政府の医師需給計画と医師市場体制の影響



出典 : OECD human resources for health care project  
OECD Health database 2003.



## 2. 一般医と専門医

医師数を一般医と専門医に分けてみると、人口当たりの絶対数から見ると、日本は一般が比較的高く、データが存在する 25 カ国のうち 14 位を占め、専門医では 24 カ国のうち 18 位と低い値を示している。ただ、全体医師数に占める一般医の割合は日本ではかなり高く、データが存在する 25 カ国のうち 12 位、専門医でもデータが存在する 24 カ国のうち 10 位と比較的高い。したがって人口当たりの専門医が低い理由は人口当たり医師数そのものが低いからと考えられる。