

科に比べれば低いものの、全医師のばらつきに比較すればかなり高く、大きな地域偏在を認めることができる。

麻酔科においては、全体的では西高東低の医師分布の傾向があるものの、特に病院の麻酔科医においては北日本で医師数が多いことが特徴である（図 21）。変動係数の値は、やはり大きく、麻酔科においても大きな地域偏在が存在している。

図 19

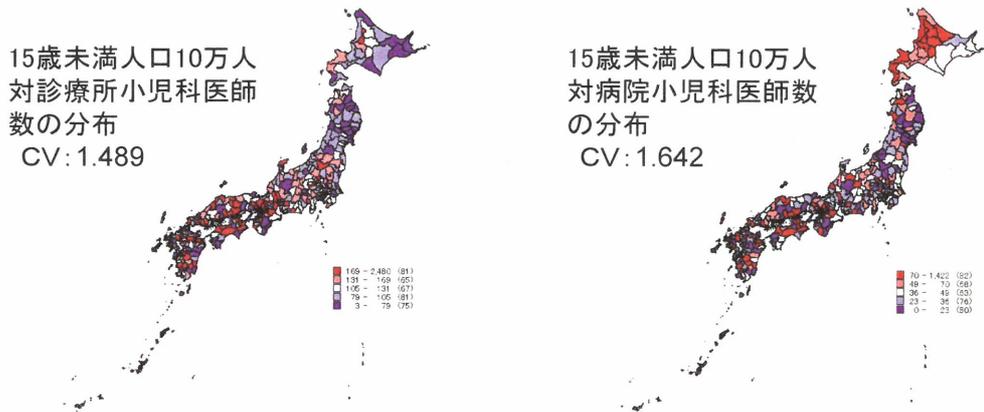


図 20

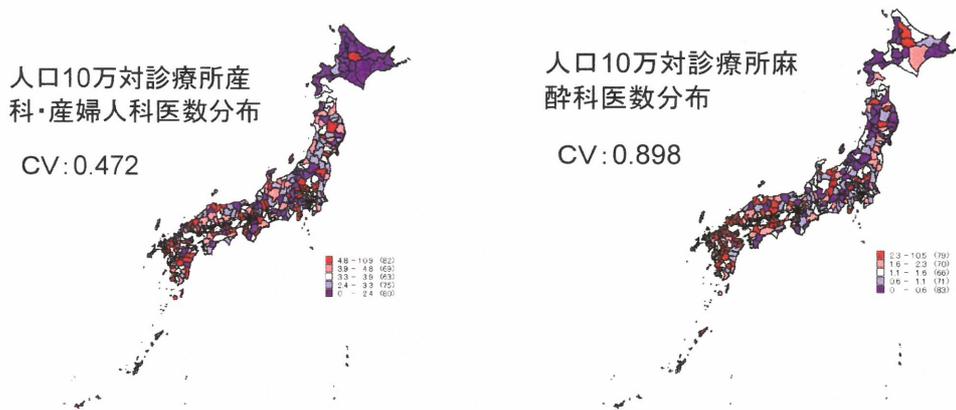


図 21



### (3) 需要対医師数

二次医療圏ごとの需要対医師数は、変動係数が多少低くはなるものの、傾向としては人口割の二次医療圏別医指数分布に近い。図 22 では、標準外来患者あたり診療所医師、標準退院患者あたり病院医師を表したが、図 18 に見られる傾向とほとんど同じものとなっている。

図 22



診療所ごとに見た分析ではばらつきが大きく異なっている。小児科の場合は、診療所、病院ともに標準退院・外来患者あたり医師数の方が人口当たり医師数よりもばらつきが小さいが、産科・産婦人科は分娩件数当たりで見えた場合、人口当たり医師数よりもばらつきが大きく、また麻酔科も全身麻酔あたり医師数は同様に人口当たり医師数よりもばらつきが大きくなっている（図 23～図 25）。

図 23

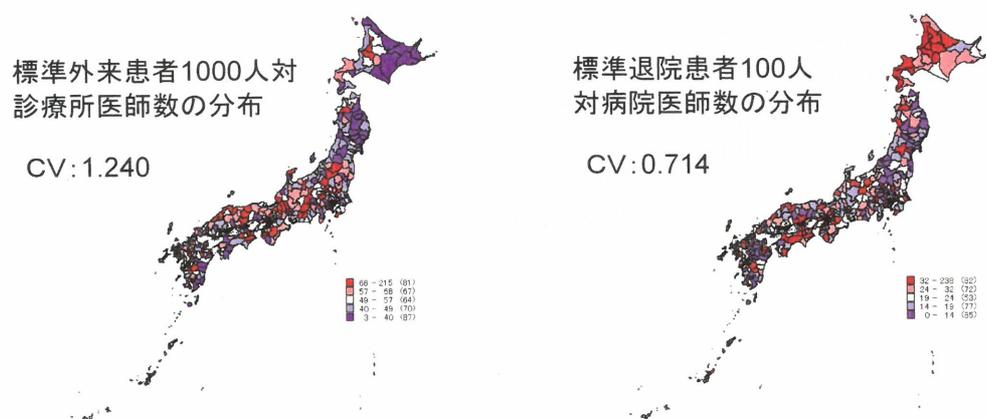


図 24

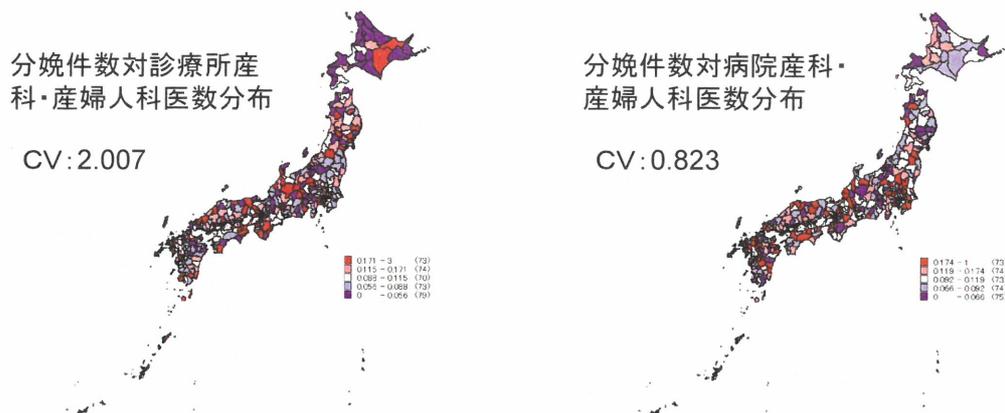
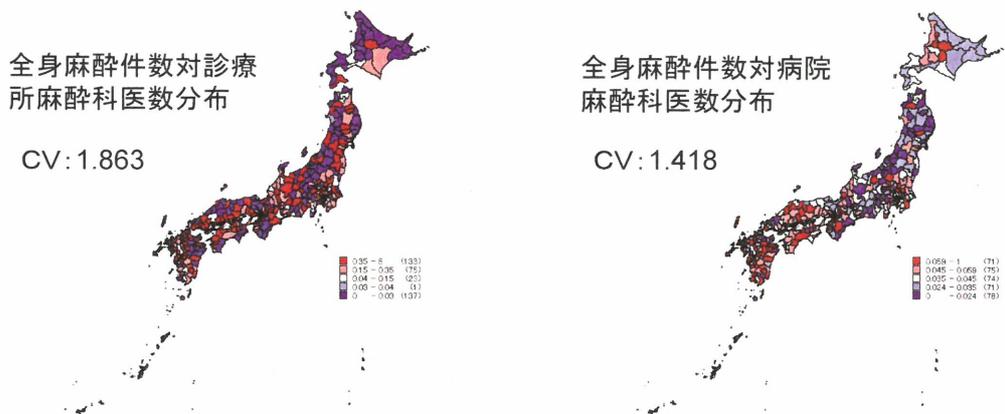


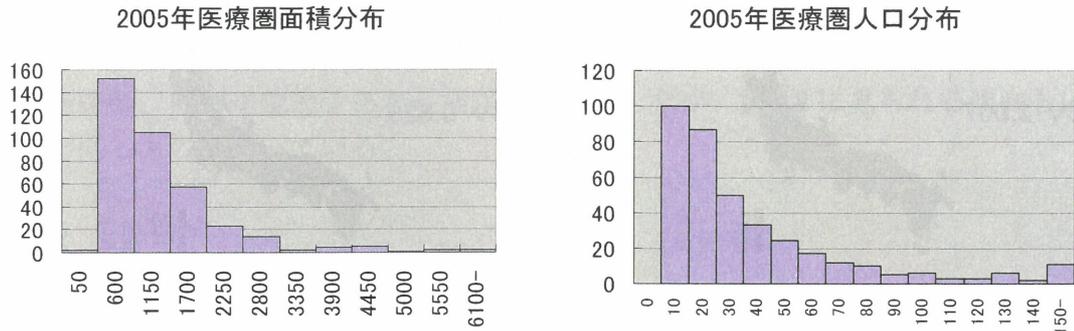
図 25



(4) 二次医療圏の人口と面積

二次医療圏は医療資源の分配を考える際の基本単位であるが、人口・面積ともばらつきはきわめて大きい(図 26)。二次医療圏に医師が少なくとも、面積が小さく隣接する二次医療圏に用意にアクセスできるのであれば、大きな問題とはならない。むしろ、医師が分散することによって効率性や安全性に問題が生じるのであれば、ある程度の集中化は容認されよう。しかし、面積が大きく人口密度の低い二次医療圏ではアクセスに大きな問題が生じる可能性がある。このような二次医療圏には僻地対策等別の対策が必要となる。

図 26

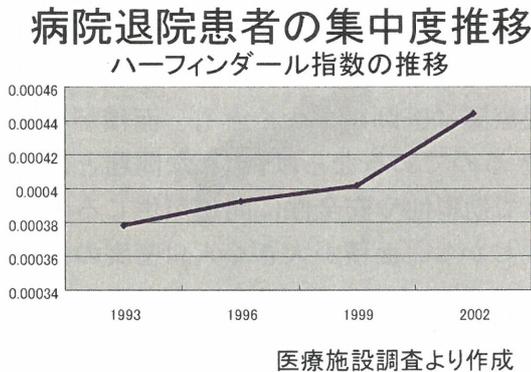


(5) 集中度の測定

1990年代の後半から、機能の分化と強化、そして施設の集約化が追及されてきた。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。この施設の集約化が二次医療圏別の医師分布のばらつきを大きくしている可能性があることを指摘しなければならない。集約化は効率性・安全性のためには必要ではあるが、それは二次医療圏レベルでの医療資源の公平性とトレード・オフとなっている。

現実には、集中度を示すハーフィンダール係数（0から1の間の値をとり、1に近いほど集中度が高い）を用いた病院退院患者の施設集中度を測定したところ 2002年に至るまで集中化が見られる。このような施設集約化と医療資源へのアクセスの公平性に関しては、二次医療圏のあり方を含めた議論が必要となるだろう。

図 27



---

## E. 診療科の類型化

---

### 研究要旨

医師の持つ専門性の基本的単位である診療科について、それぞれの特徴を明らかにし類型化を行った。その結果、プライマリーケア、専門、特殊、女性科、長期ケア（介護系）、診療支援、教育・研究に分類することができた。教育・研究を除く項目はすべて診療に関わるもので、各項目は診療の機能と考えられた。各機能は互いに関与しており決して独立したものではないが、個々の機能について、国、地域等それぞれのサイズにあわせた供給体制の構築が望まれる。

#### 1. 研究目的

医師の需給について考える場合、個々の医師の持つ専門性についても考慮する必要がある。その基本的単位として診療科があるが、本稿では各診療科のもつ特徴を明らかにし、類型化を行うことを目的とする。

#### 2. 研究方法

##### 分析 1 診療科のクラスター分析

32 の診療科について、①需要（入院・外来の全患者数に占める当該診療科の割合、当該診療科の受療率）、③供給（当該診療科医師（重複を含む）のうち主たる診療科医師の割合）、④重症度（入院/外来比、平均在院日数）、⑤専門性（退院患者に占める手術の割合、主たる診療科医師のうち病院勤務の割合）の 5 つの視点の 7 指標を用いてクラスター分析（wald 法）を行った。診療科のうち、全体の患者数に占める割合が 0.1%未満の性病科、美容外科、気管食道科、主たる業務が明らかに診療支援である放射線科、麻酔科、特殊領域である精神科の 6 診療科については分析対象から除外した。また産科、婦人科は産婦人科で代表し、全 24 診療科を対象とした。

##### 分析 2 マンパワーから見た診療科特性

分析 1 の 7 指標のうち、当該診療科医師（重複を含む）のうち主たる診療科医師の割合、退院患者に占める手術の割合の 2 指標、さらに診療科医師（重複を含む）のうち病院勤務の割合、全施設に占める当該診療科を有する割合を加えた 4 指標を用いて、マンパワーからみた各診療科特性を類型化した。各指標とも以下の式により 0-1 スコアに変換しレーダーチャートに表した。

$$\frac{(\text{当該診療科のスコア} - \text{最小値})}{(\text{最大値} - \text{最小値})}$$

それぞれの指標の意味するところは以下のとおりである。

1. 排他性（他診療科との重複が少ない）…診療科医師（重複を含む）のうち主たる診療科医師の割合
2. 病院性（病院勤務が中心）…診療科医師（重複を含む）のうち病院勤務の割合
3. 外科性（手術が多い）…退院患者に占める手術の割合
4. 普遍性（広く存在する）…全施設に占める当該診療科を有する割合

・分析に用いた資料

（平成 11 年患者調査）

入院・外来の全患者数に占める当該診療科の割合

当該診療科の受療率

入院/外来比

平均在院日数

退院患者に占める手術の割合

（平成 14 年医師・歯科医師・薬剤師調査）

当該診療科医師（重複を含む）のうち主たる診療科医師の割合

主たる診療科医師のうち病院勤務の割合

診療科医師（重複を含む）のうち病院勤務の割合

（平成 14 年医療施設調査）

全施設に占める当該診療科を有する割合

・32 の診療科の内訳

呼吸器科、消化器科（胃腸科）、循環器科、アレルギー科、リウマチ科、小児科、精神科、神経科、神経内科、外科、整形外科、形成外科、美容外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、産婦人科、産科、婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、気管食道科、皮膚科、泌尿器科、性病科、こう門科、リハビリテーション科（理学診療科）、放射線科、麻酔科

・倫理面への配慮

本研究は、公表データをもとに実施したものであり、個別患者・住民データなどを使用していないため、倫理面での配慮は必要ない。

### 3. 研究結果

#### 分析1 診療科のクラスター分析

24診療科の分析結果を図に示す。大きく1.プライマリーケア群、2内科系専門群、3リハビリ群、4外科系群、5外科系特殊専門群、6.その他専門群に分類できた(図)。

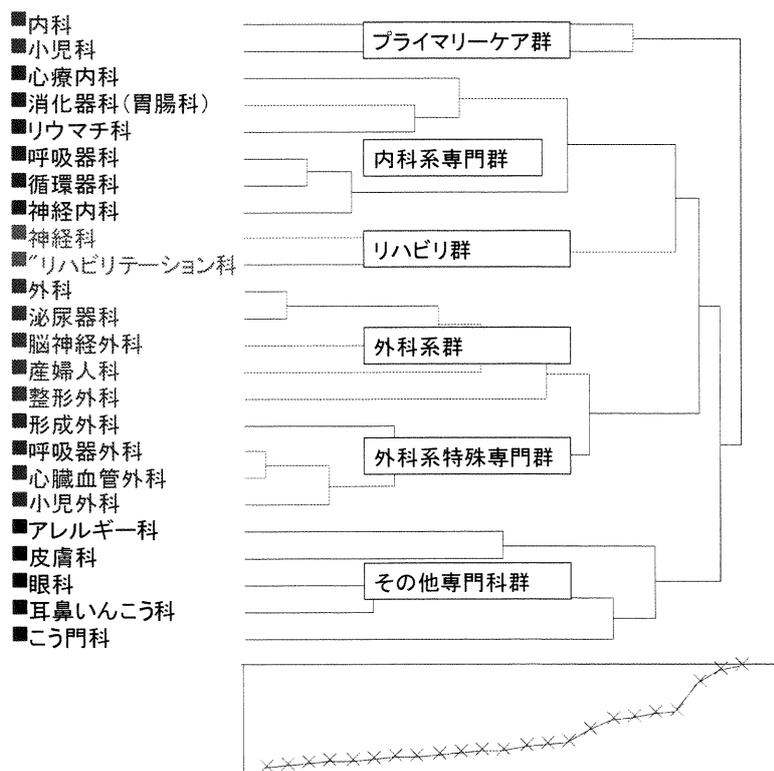
#### 分析2 マンパワーから見た診療科特性

排他性(他の診療科との重複が少ない)が高いのは、眼科、産婦人科、耳鼻いんこう科、精神科、脳神経外科、心臓血管外科、内科、整形外科、麻酔科、外科等であった。また、心療内科、リウマチ科、リハビリテーション科、こう門科、神経科、性病科、アレルギー科、気管食道科では副診療科とされることが多かった。

病院性(病院勤務が中心)が高いのは、呼吸器外科、心臓血管外科、脳神経外科、精神科、麻酔科、小児外科、神経科、神経内科であった。美容外科、アレルギー科、性病科については診療所勤務の場合が多かった。

外科性(手術が多い)が高いのは、こう門科、眼科、性病科、形成外科、心臓血管外科、婦人科、気管食道科等であった。

普遍性(広く存在する)が高いのは、内科、小児科、消化器科(胃腸科)であった。



表

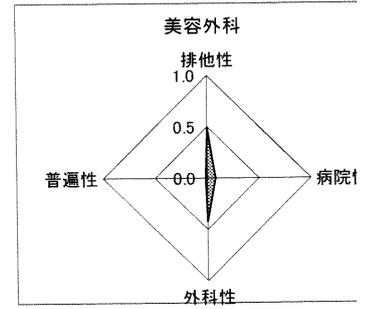
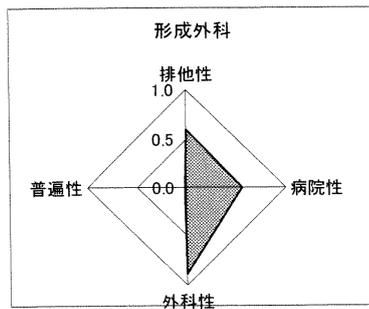
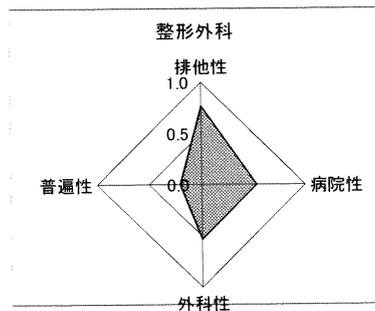
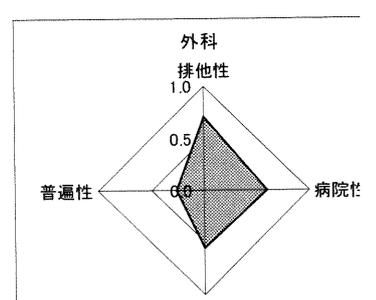
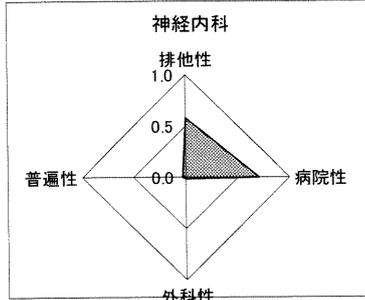
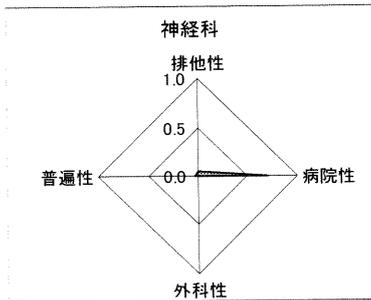
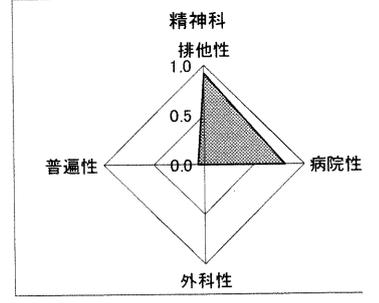
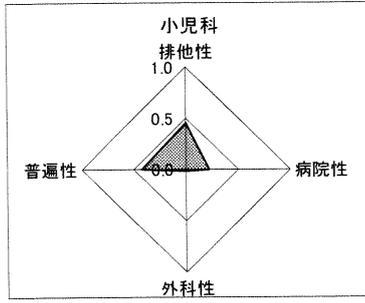
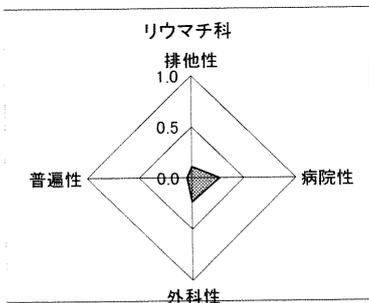
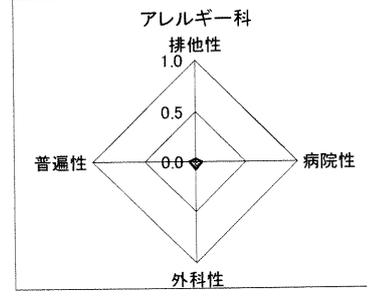
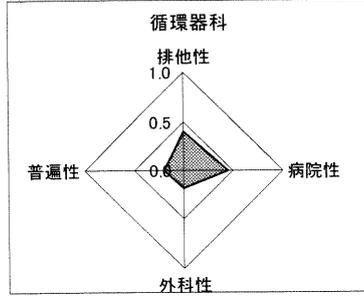
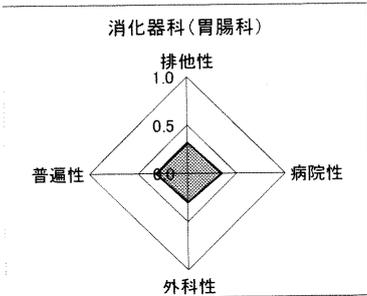
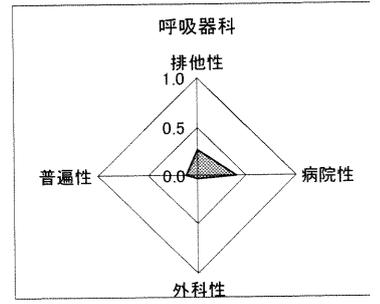
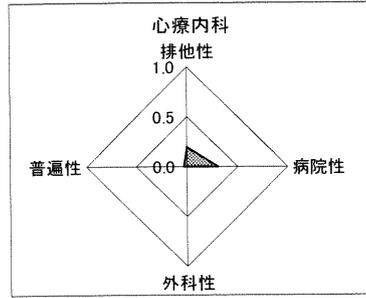
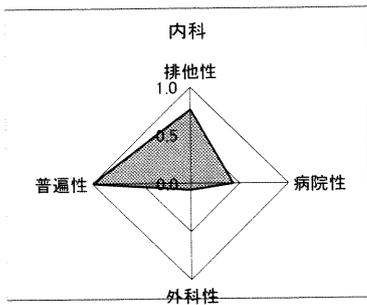
	排他性	病院性	外科性	普遍性
内科	0.7717	0.4305	0.0673	1.0000
心療内科	0.1978	0.3012	0.0056	0.0362
呼吸器科	0.2654	0.3929	0.0326	0.1137
消化器科(胃腸科)	0.3091	0.3438	0.3006	0.3178
循環器科	0.3970	0.4486	0.1809	0.1909
アレルギー科	0.0303	0.0583	0.0850	0.0648
リウマチ科	0.1068	0.2718	0.2344	0.0504
小児科	0.4492	0.2248	0.0093	0.4170
精神科	0.9193	0.8109	0.0000	0.0691
神経科	0.0551	0.7047	0.0057	0.0407
神経内科	0.5775	0.6970	0.0138	0.0329
外科	0.7017	0.5941	0.5482	0.2665
整形外科	0.7717	0.5278	0.5377	0.2041
形成外科	0.5895	0.5594	0.8813	0.0227
美容外科	0.4831	0.0837	0.4278	0.0085
脳神経外科	0.9186	0.8720	0.2440	0.0184
呼吸器外科	0.6481	1.0000	0.5911	0.0000
心臓血管外科	0.8783	0.9965	0.6569	0.0008
小児外科	0.5213	0.7440	0.4924	0.0026
産婦人科	0.9885	0.5488	0.2765	0.0615
産科	0.5920	0.4857	0.2414	0.0112
婦人科	0.5520	0.2368	0.6279	0.0407
眼科	1.0000	0.3781	0.9769	0.1367
耳鼻いんこう科	0.9738	0.3839	0.5825	0.0935
気管食道科	0.0000	0.2435	0.6137	0.0171
皮膚科	0.5201	0.2074	0.2345	0.1966
泌尿器科	0.6979	0.5804	0.5766	0.0638
性病科	0.0332	0.0000	0.9278	0.0089
こう門科	0.0643	0.2330	1.0000	0.0598
リハビリテーション科	0.0810	0.2785	0.0690	0.1977
放射線科	0.4528	0.5152	0.1470	0.0974
麻酔科	0.7064	0.7832	0.1768	0.0344

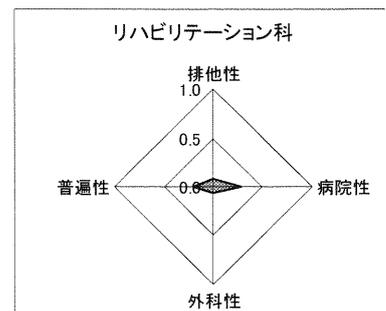
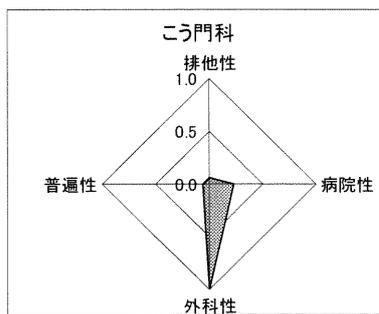
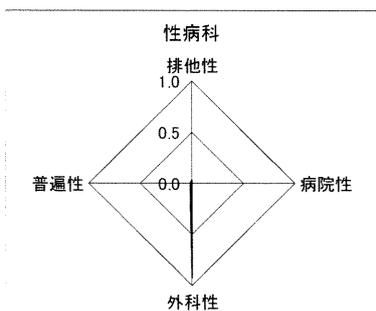
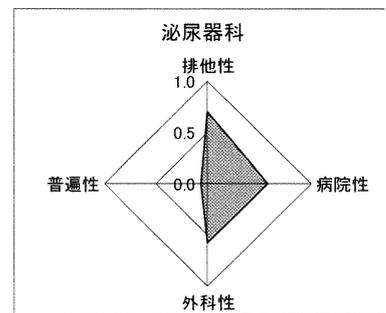
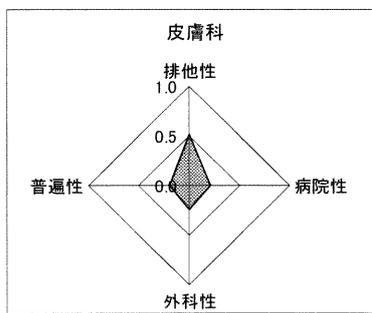
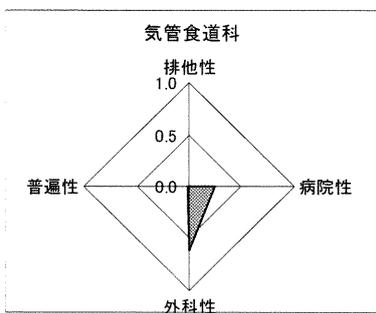
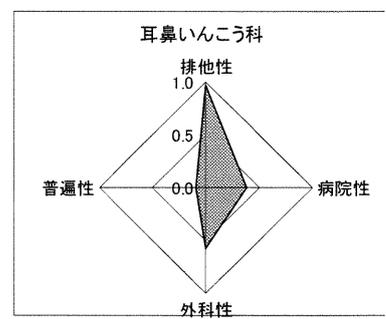
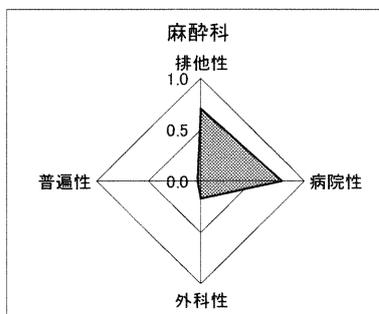
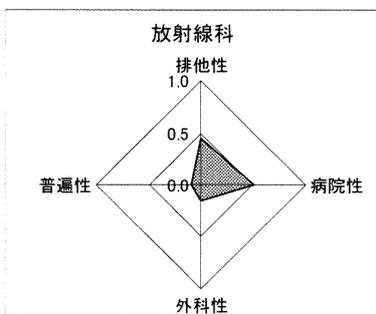
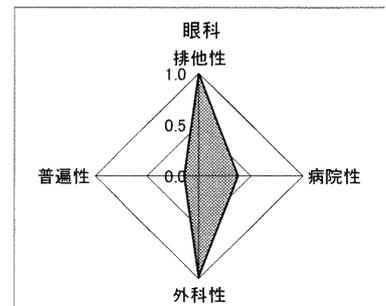
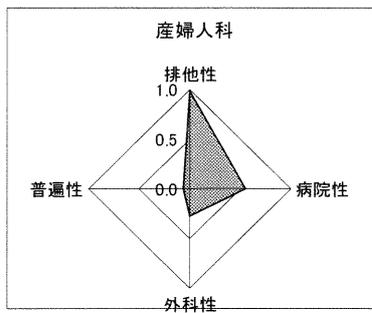
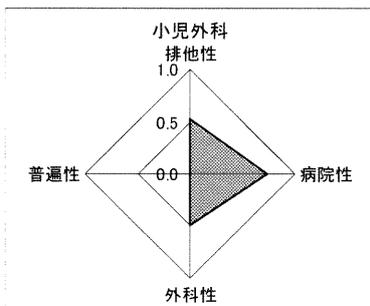
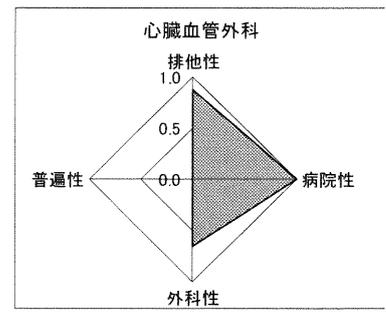
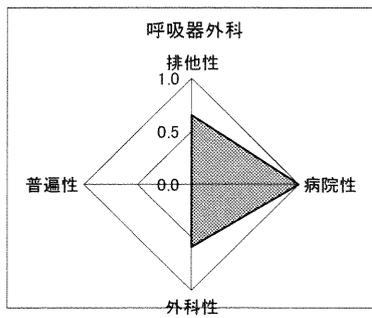
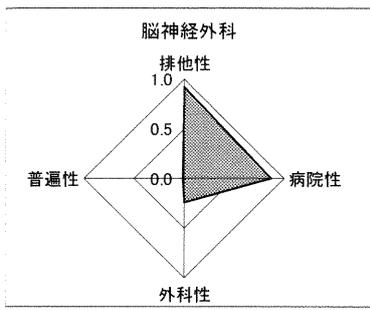
#### 4. 結論

クラスター分析結果、診療科特性を参考に、診療科（医師）を以下のごとく類型化した。教育・研究を除く項目はすべて診療に関わるもので、各項目は診療の機能と考えられる。各機能は互いに関与しており決して独立したものではないが、個々の機能について、国、地域等それぞれのサイズにあわせた供給体制の構築が望まれる。

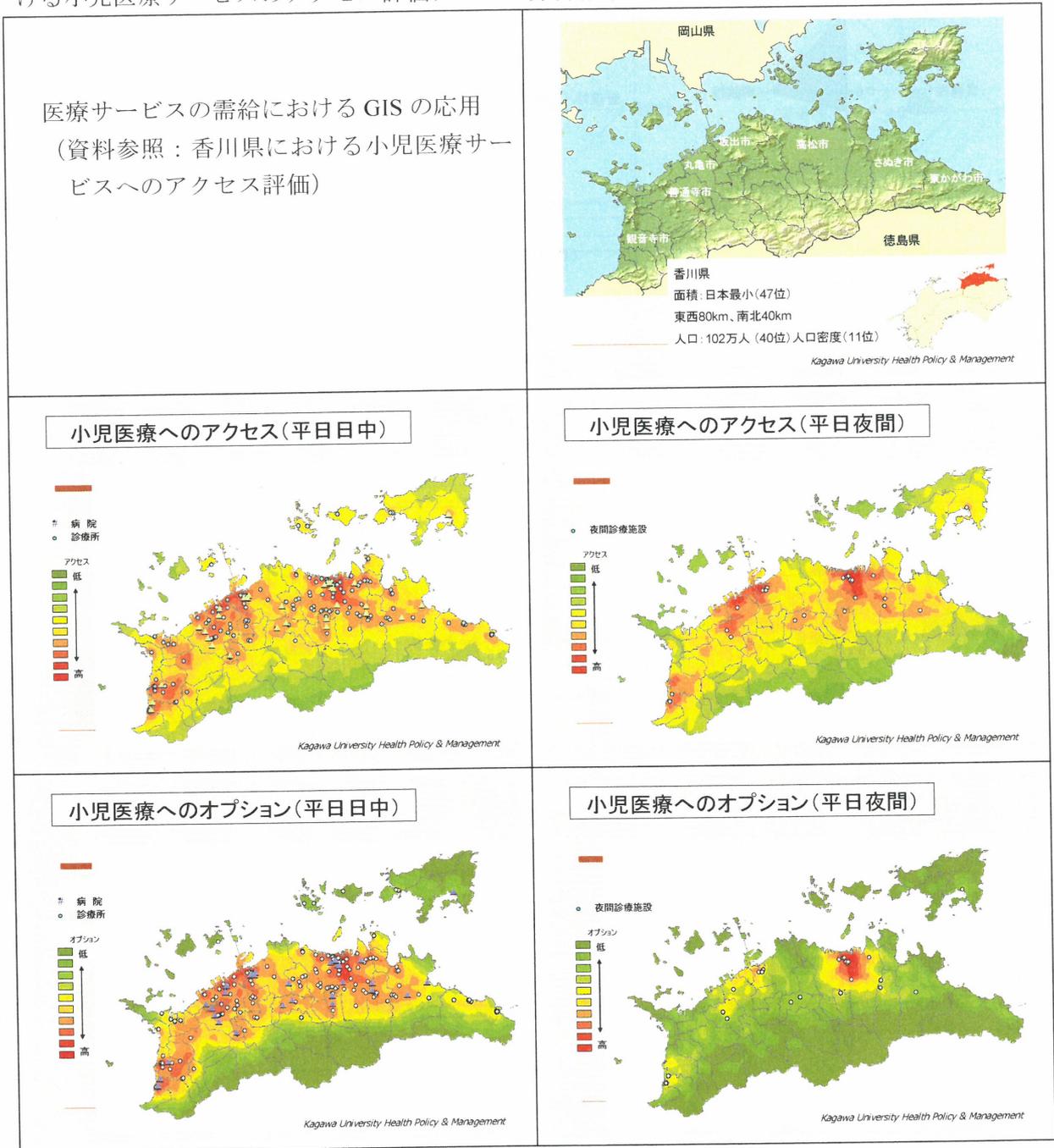
- プライマリーケア
- 専門
  - 内科系
  - 外科系
- 特殊
  - 精神
  - 小児
- 産科、婦人科（女性科）
- 長期ケア（介護系）
- 診療支援
  - 麻酔、放射線、病理
- 教育・研究

## マンパワーからみた診療科の特徴





参考として、今後の医療サービスの需給における GIS の応用を紹介するため、香川県における小児医療サービスのアクセス評価について分析結果を掲載する。



研究成果は、平尾智広、實成芳、鈴江毅、万波敏文、實成文彦、星野礼子、辻よしみ、香川県における小児医療サービスへのアクセス評価、四国公衆衛生誌 2005; 50(1) : 146-150. に掲載された。

## 第3部：世界の動向

### A. 国際動向総括

国立保健医療科学院 長谷川敏彦

### B. 国際動向

#### 国際機関

- |             |           |            |
|-------------|-----------|------------|
| 1. 経済協力開発機構 | 国立保健医療科学院 | 井上まり子      |
| 2. 世界保健機構   | 国立保健医療科学院 | 児玉知子・井上まり子 |
| 3. 世界銀行     | 琉球大学      | 小川寿美子      |

#### 諸外国の政策

- |       |   |                    |
|-------|---|--------------------|
| 1. 英国 | 国立保健医療科学院   | 児玉 知子              |
| 2. 米国 | 国立保健医療科学院   | 井上まり子              |
| 3. 加国 | 国立保健医療科学院   | 井上まり子              |
| 4. 豪州 | 国立保健医療科学院   | 井上まり子              |
| 5. 独国 | National Association of Statutory Health Insurance Physicians | Thomas Kopetsch    |
| 6. 韓国 | 国立保健医療科学院   | 金 基玉               |
| 7. 台湾 | 東京医科歯科大学  | 孟 開                |
| 8. タイ | 公衆衛生省   | Suwit Wibulprasert |

## 第3部 世界の動向

### A. 国際的動向の総括

#### 1. 21世紀の新たな論調

近年国際的には OECD や世界銀行等の国際機関においても各国の政策においても、保健医療分野の人材に関する政策への関心が高まりつつある。

OECD は過去数年間にわたって医師・看護師をはじめとする保健人材に関する委員会を発足させ、先進国の政策機関である OECD 各国の現状の調査分析および検討を行ってきた。2004 年に入って、医師や看護師に関する報告書を相次いで発表している。一方、発展途上国を主な対象とする世界銀行では、ここ数年人材の育成を主要な政策課題として特に医師の需給に関する専門家による検討を続けてき、2005 年の 1 月に提言がまとめられた。多くの国際機関の国々で医師需給の再検討が行われつつある。

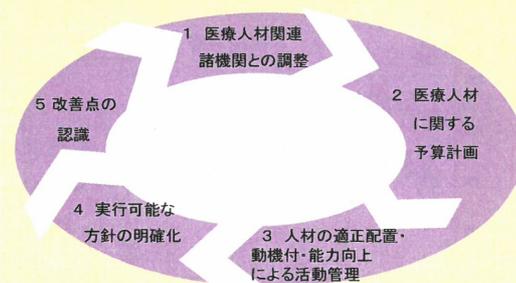
世界銀行の報告書では、先進国、発展途上国に係わらず、医療人材については絶対数が不足しており、また「技能がその需要とは一致せず」更に「地理的な不均衡」が存在し、必要とされる途上国から「人材が先進国に流出」し、そして「職場環境が劣悪」である、と 5 つの課題を抽出している。これらの課題に対して、2005 年から 2015 年までの 10 年を「医療人材」の 10 年と位置づけ、「種々の健康危機に人材を結集」し、「保健医療システムの持続発展のために人材を確保」し、そして「職種間が連携して学習しあう」とする 4 つの方策を提案している。これらの提言を受けて各国の政府は 5 つのステップからなる人材開発戦略を策定することを進めている。すなわち、「関連諸機関のネットワーク」と「予算の確保」、更には「能力開発」や「人材開発の明確化」、そして「改善点の抽出」である。OECD では、先進各国の状況を分析し、それに基づいて必要医師数の算定や労働条件更には各職種間の連携等についての提言をまとめている。WHO ヨーロッパ事務局においても各メンバー諸国の現状を分析し、保健医療セクターに関する提言を行っている。これらの

#### 世界銀行報告書2004・・・資料2-1)

##### 医療人材・5つの問題への挑戦

- 世界規模に不足する医療人材  
全世界で合計400万人以上、新規確保が必要
- 医療人材の技能の不均衡  
医師の専門偏重と公衆衛生軽視、  
准医療職員採用のための抜本的保健医療改革
- 地理的な不均衡  
医療人材配置の都鄙格差、地域住民を保健人材として確保
- 医療人材の移動  
途上国から先進国への医療人材の“頭脳流出”対策
- 劣悪な職場環境  
国別に最も必要とされる医療人材の専門、仕事、金銭的誘因を  
検討し、職場環境を改善  
〔Working Draft for JLI Co-chairs in Cape Town〕より

#### 国家医療人材戦略

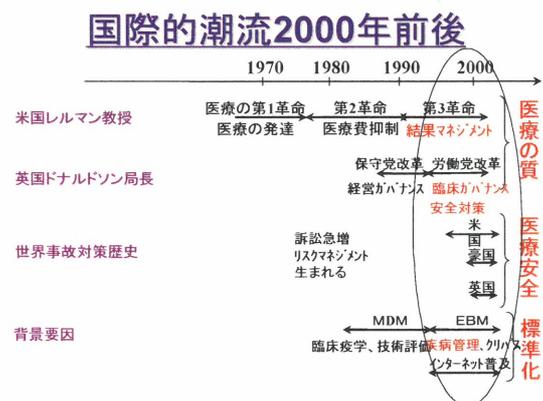
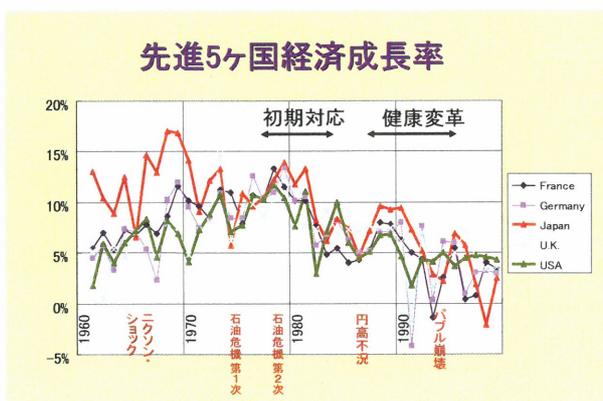


報告書や提言の基調は 1990 年代に医師の過剰が発展途上国を除き、各国にとって大きな課題であったのに対し、一様に医師不足に対する対応がその議論の貴重となっている。最近、多くの先進国では医師の需給について見直しが行われ、英、米、加、豪など、アングロサクソン諸国を中心に、フランスやかつて過剰といわれてきたドイツでさえもが不足論を展開しつつある。もちろん一部の国々では相変わらず過剰論とその対策は主要な課題であるとはいえ、多くの国々で 20 世紀から 21 世紀への世紀の変わり目に論調が 180 度転換していたといえよう。

## 2. 論調転換の背景

### (1) 政策的背景

背景としては 1990 年代に欧米で推進された医療制度改革（Health Sector Reform）はオイルショックによる、経済的破綻がきっかけとなり、主要な目的は医療システムの効率化で、医師は供給誘導需要（Supply Induced Demand）を生む源として出来る限り少ない方がよいとの考え方があったからと推測される。ところが 21 世紀へ変わり目に、各国で医療事故が相次ぎ、医療安全が国際的に課題となり、政策の目的が医療の安全と質確保に移行するに至って、安全・質のためには最低限必要な医師は確保すべきという論調に変化したと考えられる。



### (2) 具体的原因

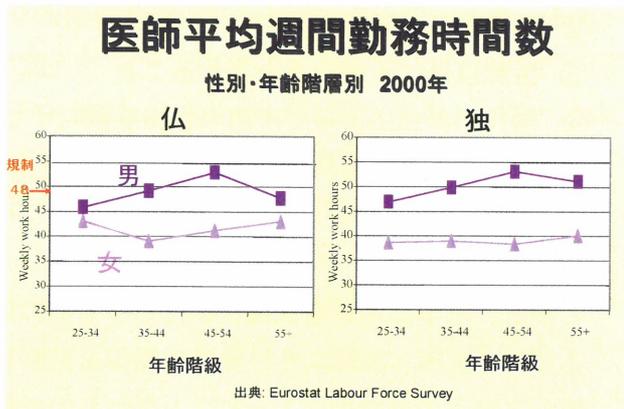
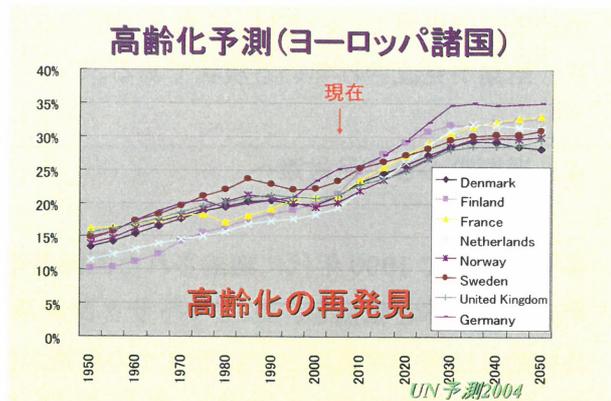
具体的に医師が不足とされた原因には需要側として 2 項目、供給側として 5 項目の課題が上げられる。殆どが日本にも共通する課題ではある。

医療の高度化、複雑化により、必要とする人材が多くなったことや疾病構造が転換して新たに医療サービスの需要が発生したことなどが挙げられ

## 論調変化の理由

- 1) 需要側の変化
  - ・高齢化 ○
  - ・疾病転換による必要サービスの変化 ◎
- 2) 供給側の変化
  - ・女医の増加の影響 ○
  - ・若年医師増加の影響 ○
  - ・高齢医師の早期退職 ○
  - ・労働基準法の厳格化の影響 ?
  - ・外国人医師の流入の倫理的批判 ×

ている。特にその背景としてある高齢化については、なぜ 21 世紀になってはじめて問題として採り上げているか、日本のように高齢化が急進する国からみると不可解であるが、実はヨーロッパ諸国は第 1 次及び第 2 次大戦の死亡による人口構成の変化の結果、20 世紀の広範、最後の 20 年間に高齢化のスピードが低下し、ほとんど高齢者の増加をみなかった。ところが、21 世紀に入って高齢人口の急増が認められ、需要側の変化としていわゆる高齢者の再発見の状況に出くわしたといえよう。供給側の変化として、女性医師の増加や労働環境の劣悪化、技術の高度化のため、高齢医師の早期の退職、さらには若年医師のワークスタイルの変化によって一人あたりの医師の生産性が低下していることが挙げられよう。さらには労働基準法の厳格な適用によって、医師が働ける時間が制限されており、特に EU 諸国では大きな影響を与え



ている。アングロ・サクソン系の国々は、かつての植民地支配の宗主国であり、また医学の勉強を英語で学習する発展途上国の人材が流入しやすく、先進国の方でもその流入を期待した結果、英国で医師総数の 25.0% を占めるに至っている。もともと医師数が少ない発展途上国から、さらに優秀な頭脳の流出を招くことから、国際的な非難を浴びるに至っている。

### 3. 医師過剰論を支えた論調の昨今

多数の医師を養成すると、医師の失業が高まり、せっかく養成に投入した税金が無駄遣いされるとか、医療行為は供給側に情報が偏在することから、医師は供給者誘導需要を生み出して、医療費をつりあげるといった論点が 1990 年代の医師過剰論を支えた根拠であった。これらについては、医師需給見直しの過程で再検討されており、特に

## 医師誘発需要をめぐる国際議論

医師誘発需要支持		医師誘発需要不支持	
Evans (1974)	医師と患者間の情報の非対称性が医師誘発需要を引き起こす。	Green (1978)	独占的競争モデルを仮定すると、医師誘発需要が存在しないという仮説は棄却できない。
Fuchs (1978)	目標所得仮説に依拠した説明。	Auster and Oavaca (1981)	クロスセクション・データから得られた結果では医師誘発需要を説明できない。医師の自由な移動によって最適労働と資本の組み合わせが達成されている。
Reinhardt (1978)	医療サービスは競争市場仮説には当てはまらず、医師数の増加は報酬を減少させない。	Pauly and Satterthwaite (1981)	医師数の増加は消費者情報の低下を招くので、医師誘発需要を考えなくとも報酬増加を説明できる。
Rossiter and Wilensky (1984)	医師誘発需要は存在するが患者の通院コストを入れると非常に小さい。	Kenkel (1990)	消費者の情報の程度は、受診するか否かには影響を与えるが、受診後のサービス量には影響を与えない。
Pohlmeier and Ulrich (1995)	西ドイツのデータを利用。専門医では観察されないが、一般医では観察される。	Escarce (1992)	外科医供給の増加は、外科医療のサービス量には影響を与えていない。
		Dranove and Wehner (1994)	医師需要の高い地域に医師が集中しているため、逆の因果関係を推測するのは誤り。

供給者誘導需要については、これまで根拠にされた諸論文の方法論に対する批判が高まっており、結論が見直されている現状である。

#### 4. 過剰論から不足対策へ

多くの国々で 1990 年代に議論された医師需給の政策が見直され、1990 年代の過剰の認識から不足の認識へと転換し、アングロ・サクソン系の国々を中心に医学部の定員増が図られている。具体的には医学定員増と、以下 6 つの政策が提案されている。

- 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

しかし、医学部定員増は現在執行してもその効果は 10 年後以降であり、当面の不足を解決するには、医師と医師以外の職種の関係を見直して、非医師の診療行為への参入を促すことや医療システムの効率化によって、人当たりの労働生産性を向上させることが考えられている。一方、過剰な医師の不足している国に共通して存在するのは、地域偏在である。この課題については国際的に共通な課題として、次の政策が提案されている。

---

## B. 国際動向

---

第3部・Bでは政策の動向として、主な国際機関と世界の主要な国々の医師需給に関する理解、政策等の動向を報告する。

国際機関で取り上げるのは、経済協力開発機構（Organization for Economic Co-operation and Development : OECD）と世界保健機構（World Health Organization : WHO）、世界銀行（World Bank）の3つである。

主要国家では、英国、アメリカ合衆国（以下：米国）、カナダ（以下：加国）、オーストラリア（以下：豪州）、ドイツ（以下：独国）、韓国、台湾、タイの8カ国について説明する。欧州、北米、太平洋州、アジア諸国のバランスを考えて以上の国々を取り上げた。

以上の国際機関と国家で現在考えられている、医師需給に関する以下5つの質問  
1) 過去の医師需給議論、2) 医師数の現状、3) 医師需給政策の現状、4) 医師数を考える上での特徴と問題点、5) 医師需給モデルについて、可能なところまで情報を入手して概観したい。

### 1. 経済協力開発機構

---

経済協力開発機構（Organization for Economic Co-operation and Development：以下 OECD）では、2001年より3ヵ年計画で OECD Health Project を進めてきた。これは昨今の1）人口の高齢化と急速な医療技術の発展による医療サービスの需要増加、2）医療の効率、3）健康の平等性の維持 といった3つの、主要かつ克服がこれまで難しかった課題のために始まったプロジェクトである。OECD ヘルスプロジェクトは、医療システムのパフォーマンスの分析と計測を行うプロジェクトであり、以下4つの大きな枠組みの中で行われている。A) **Measuring and analyzing health system performance**（ヘルスシステムのパフォーマンスを測り、分析すること）、B) **Explaining variations in performance**（パフォーマンスの変動を説明すること）、C) **Long-term care for frail elderly persons**（高齢者への介護）、D) **Overall system assessment**（システムの総合評価）の4つである。このうちB)にあたるパフォーマンスの変動については、次の4つの項目について国際比較を行っている。1）ヘルスケアにかかわる人材、2）待ち時間、3）民間医療保険、4）新医療技術である。中でもヘルスケアにかかわる人材については、現在、医療システムの主な2職種である医師と看護師に焦点をあてて研究されている。

OECDによれば、「ヘルスケアの（アクセスの）良さ」というのは、「仕事をするに十分動機付けられ、よく訓練された医師や看護師が、適切なだけサービスを提供することであり、更にそれによって提供される安全で質の高い医療サービスのこと」を意味する。このような良質のヘルスケアを提供するうえで、医療従事者の役割は極めて大きい。そして人口高齢化、技術の発展、患者の寄せる高い期待によって、医師や看護師の需要はますます高まっている。しかし一方で、医師や看護師の勤務時間減少、医師や看護師の高齢化、早期退職といった医療従事者の社会的・行動的傾向変化によって、供給は今後徐々に減少することが予想されており、早急な対応が必要である<sup>1)</sup>。

以上の背景を受けて、OECDでは「どのような政策や計画手法が、適切な医療従事者数と分布を与え、人々により良いアクセスを提供するのか」について検討を開始したのである。

更にOECDでは、医療従事者の数のみならず、医師需給を調整する政策手段、金銭的インセンティブや Skill Mix によって、人材を効果的に利用し、医療システムの向上に繋がるのかどうかについても議論してきた。この3ヵ年のヘルスプロジェクトの最終報告は2005年に提出される予定になっているが、本報告書では、Simoens と Hurst によるワーキングペーパーから医師需給研究の一部を紹介する<sup>2)</sup>。

Simoens らは、医師需給に関する OECD 各国比較によって、以下9つの傾向を観察した。

## 1. 多様な医師数レベル

適切な量と質のヘルスケアを効果的な手段で供与するには、医師サービスの需要を満たすことが求められる。こうして求められる医師数のレベルは各国の医療提供事情である医療システム、支払い方式、また健康状況である罹患率、死亡率などによって変わってくる。したがって、医師数レベルを共通して設定するのは困難であるが、OECD 諸国の比較から見出された傾向としては、医師数密度が高い国は医師供給を市場に任せている国であり、医師数密度が低い国は医学部への入学を限っている国である、ということであった。

## 2. 医師不足

OECD 諸国では、現在医師不足が議論される傾向にある。複数の国々における最近の医師数 予測が示唆するように、医師不足が議論される国で対策がたてられなければ、先進国とはいえ医師供給が少なくなり、医療へのアクセスが悪くなるという危険がある。医師不足の状況への対策としては、徐々に減っていく若手コホートからより多くの者を臨床医師として雇用することや、医師への給与や雇用条件の向上等があげられる。

## 3. 国の役割

国は教育・研修、移民、勤務継続や退職時期といったタイミングを見計らい、医師供給に影響を及ぼす多様な政治的手段を行使しなくてはならない。これによって初めて医師数の統制をとることができる。

## 4. 医学部定員の傾向

OECD 諸国では、医師不足が議論されている国々がある一方で、医師過剰をコントロールし始めた国も見られる。1. で述べたとおり、医師数に対する諸国の対応は一定ではない。

## 5. 頭脳流出の問題

医師の移民は医師不足の国では不足解消を容易にする。しかし、健康指標の悪い貧しい国々から健康指標の良い豊かな国々へ医師が長期的に流出することについては、国際的公平という観点から問題が残り、先進国の受入や途上国医師の移民に対する倫理的配慮が求められている。

## 6. 早期退職の解決法

多くの OECD 諸国では医師のライフスタイルの変化が論じられるようになった。近年顕著である医師の早期退職に対し、幾つかの国では退職契約をより融通のあるものとし、業務継続する医師に財政的インセンティブを付与することで、退職を遅らせる試みがある。

## 7. 地域格差の課題

ほとんどの OECD 諸国で医師労働力の地理的不平等がおこっている。これに対して、各国は教育政策、規制政策、そして財政政策を混合させて対処することで、解消に成功してきた。しかし、先進国とはいえ依然としてアクセスの不平等には課題を残しており、対策