

ヶ所あり、前者が急性期中核的病院、後者が長期の福祉的病院である例が多いが、地域によっては私的病院が急性期中核病院の機能を担っている場合もある。

このように地域での役割分担の再配分を行うに当たっては、各種の設立主体間の調整が必要で、前述のごとく複数の市町村調整で主要な役割を果たすべき行政主体にもまたがる例が多い。地域での非効率や質安全の問題がありながら放置されてきたのは、データを集めにくい、分析が難しいという以上に、このような分母（地域の行政主体）、分子（病院の設立主体）の問題が大きいと言えよう。

英国のように地域ベースの国立医療システム（NHS）があり、予算も設立も国で統一されている場合、このような調整は容易かもしれないが、日本の場合は、新たな地域医療システムのガバナンスを確立する必要があるといえよう。ガバナンスの守備範囲は、地域の医療機能の同定と計画と調整、そしてそれを形にするキャピタルインベストメントの計画と実施、そしてその経営、つまり資源、例えば医師等の人的資源や財源の確保さらには算出の質、安全効率の追跡にまず及ぶ。近年、医療費は病院で収支割れを起こしており、何らか補助金を必要としているから財源の負担は大きな課題である。また、施設を超えた地域全体システム経営ノウハウもまた開発途上であるといえよう。これまでに無い行政手法が必要となる。

ないないづくしの中でも、1 課題ずつ知恵を出し押し進めて、医療システムの最も脆弱な部分から再構築していかねば日本の医療の未来はない。

4. 総括

近年、突然現れたように見える日本医療システムの不全の兆候を短期的及び中長期的に分析し、その原因がここ数十年の世界的な医療の標準化、システム化の流れに対応してこなかった「日本の医療システムの適合不全」によると診断した（図 33）。日本の従来の医療システムは個々の匠の技に、そしてその個人的努力に依拠し、従ってその犠牲の上に一見有効な医療を生み出してきた。しかし、これから人類未曾有の超高齢社会に人類史上最初に直面し、短期間で一挙に、「高齢化による需要増、需要の質的变化」「経済の低迷に対応したシステム化」「国民意識の変容、期待増への対応」「従来の機能の未分化性からの脱却」「若年医療労働者の労働観の変容への対応」など、多数の変数を同時に解いていかねばならない（図 34）。恐らく医療界の中ではなく、社会全体の観点に立つ新しい叡知が必要で、同時に地方都市での医療を軸としたまちづくりなど具体的で斬新な実験が必要なのではないだろうか。

日本における医師偏在の現状

1. はじめに

医師の偏在は先進国、発展途上国を問わずこれまで長い歴史的課題であった。発展途上国の場合、養成に時間と金がかかる医師は相対的に限られた資源であり、「都会と郡部」、「病院と診療所」、「行政と研究所」、「特定の診療科間」で極端なばらつきが認められる。しかし、先進国においても、「都市と郡部」、「特定の診療科」においては偏在が認められ、その社会状況によって偏在の様相も異なる。

日本における医師の偏在は、これまで都市と郡部の偏在が大きな問題となっていた。いわゆる無医村問題で、行政的にも様々な手が打たれ、また 1970 年代の医学校の増設と医師数の増加によって、次第に格差は是正されてきたとあってよい。これまで医師過剰といわれてきたイタリアなどでも地域格差は存在し、日本でも改善されてきたとはいえ、やはり社会問題となっている。

2. 地域偏在

地域格差は日本の場合、その偏在を改善するために 1970 年代に閣議決定による 1 都道府県に 1 医大を設置する政策がとられ、年間 2000 人強であった医師登録数が 1980 年代には全都道府県に医学校が設置された結果、年間 8000 人以上に増加し、1980 年代には基本的には医師養成の目標数は達成されたとされ、むしろ医師過剰が懸念されるに至った。結果として医学部定員が削減され、1990 年代に至り、医師登録者数は年間 7000 人台に割り込んでいる（図 1）。

全国大学病院医局長へのアンケートによると、1990 年代医師過剰感が多かったのに

比し、2000年以降医師偏在むしろ医師の不足感に転じている（図2）。そして2004年の新しい卒後初期研修制度の導入により2年間で1万6000人の医師労働力が市場から奪われた結果、病院を中心に医師不足が露呈し、更にその結果として過重労働のゆえに病院を辞め、開業する医師が増加し、医師の病院から診療所への移動が問題となっている（図3）。

また近年、若年医師の専門医志向が強まり、医療研究者不足が懸念されている。これまでも大きな問題であった都市と郡部の格差においては、これまで地方の大学病院医局を通していわば強制的に人員派遣されていたような郡部も、新しい初期研修制度の発足と共に医局の労働力が不足し、医局の派遣先からの引き上げによって急激に医師不足が進行した。

医師数以前に、郡部・僻地では人口そのものが急激に減少し、いわゆる65歳以上人口が半分以上を占める限界集落が増加し、全国で5000とも7000ともあると言われている。市町村合併により人口当たり医師数は、市町村単位では一見確保されているように見えるが、市町村内における限界集落等の僻地では、厳しい医師不足が想定される。

3. 診療所偏在

医師偏在は前述した就業場所、都市・僻地間のみならず診療科間でも生じている。特に、産婦人科での減少が著しく、また相対的に小児科や麻酔科での不足が社会問題になっている。しかしそれは医療をめぐる社会状況の大きな変化によるもので、小児科については核家族化のさらなる進行と若い母親の不安、コンビニが普及した影響で病院の安易な夜間受診が増大し、供給が追いつけなくなっていることが原因といえよう。さらに、産科・産婦人科においては医療事故や訴訟の増加、背景にある出産数の低下傾向によって、産科志望者が急速に減少していることが考えられる。麻酔科も一

時医師不足が懸念されたが、次第に増加傾向を示し、今後は増加が期待される。日本では28万人の医師が70の専門科を持つと言われ、機能が専門化せず、未分化なのか不思議な現象である。

これからは各学会のリーダーシップの下に明確に定義されたコンピテンシー（達成能力）によりロールモデルを提示して、キャリアパスと教育のプログラムを提示していく必要があるといえよう。

しかしそれらの明確な提示なく初期研修制度が導入された結果、若年医師は初期研修後に支援なく自分の意志で診療科を選択しなければならない状況に追い込まれている。その結果、約1割にのぼる若年医師が正業につかず、検診やコンタクトレンズのアルバイトでフリーター生活をしていると言われている。2年間の初期研修で各診療科をローテーションした後に自らの進路を選択するシステムになって以降、選択は安易に流れる嫌いがあり、より労働量や労働時間が少なく、収入の多い診療科に人気が出ている。結果として3K職場である外科系は人気がなく、そう遠くない時期に外科医のマンパワー不足が深刻化すると想定される。

4. 医師偏在と地域特性

日本の医師の偏在の原因と対策を考える際に、実は地域特性に分けて分析せねばならない。

1) 都市部

都市部はオーバーオールで人的資源は恐らく過剰で、局地的、すなわち産婦人科や小児科で不足している。両科共に社会問題化しているのは救急医療における接点である。しかし、元来この地域には資源が多く、適切な対策によって改善可能と考えられる。ただ長期的には外科系の人材不足が深刻になることが懸念される。

しかし、3次の救命救急においては充足していると考えられ、むしろ2次救急に小

児科の軽症患者のような1次医療対応の患者があふれ、パンクしていると考えられる。

2次医療は多くの場合、人口の多い院内の当直医師で当たることが多く、院内の仕事との住み分けが必要とされる。

2) 郡部

一方、いわゆる僻地、限界集落、無医村はまったく人的資源がなく、元来医療需要も少ないので一揃えの医師を常時確保するという政策は難しく、長年の課題であった。恐らく幅の広い様々な政策を組み合わせた対策が必要で、例えば限界集落から地方都市への住民の移住、ドクターヘリの整備、あるいは救急車の配置、さらにはその他の生活機能、郵便物や食料等の運搬と合わせた巡回サービスの提供等である。これらの地域は前述のごとくますます増加すると考えられる一方、他の僻地支援の政策の組み合わせでしか問題解決しないので、一定の成果は期待されるといえよう。

3) 地域中核都市部

県庁所在地等の地方中核都市では、人口当たりには換算するとむしろ大都会より豊かな医療資源が存在し、今のところ全体的にはバランスがとれているといえよう。しかし都市と同様に小児科・産婦人科等での医師不足は否めず、また長期には外科医の不足が懸念される。医療政策の範囲を超えるが、長期的に地方都市が生産性の向上や教育設備の充実等その地方の独自の文化や産業を再興しない限り、じり貧となって現在の医療需要を支えられなくなる可能性はある。そこでは、産業、教育、治水、農業等の総合的な政策が求められるといえよう。

4) 地方中小都市部

現在最も厳しい状況に置かれているのは、地方中核都市周辺の中小都市である。元来人口が少なく、医療資源が限られているにもかかわらず市町村の組長の意向で中途半端な病院をつくり、その赤字を税金でなんとか維持してきた。その医師が引き上げられたので、一挙にその地域の医療崩壊が生じているといえよう。今後の日本の著

高齢社会においては、引き続き問題となる課題で、最低2次医療圏単位で場合によっては複数の市町村が医療を支えていく必要があり、医師の確保もその単位で考えていく必要があるといえよう。そこでは恐らくその地域に絶対必要な診療科や診療機能を考え、さらに高度で高価な医療機能は近隣の地方中核都市に仰ぐという考え方が必要で、むしろそのための道路網の整備等に資源を使うべきと考えられる。また、元来どうしても必要な医療機能については、税金を導入してでも維持する必要があるといえよう。

5. 総括

以上のように、日本の医師数の偏在は、地域の偏在と診療科の偏在が近年の政策や社会状況の変化と共に顕在化し、問題として顕れている。それは恐らく基本的には同じ問題を背負っているものの、独特の形態として顕れているといえるのではなかろうか。解決には日本独自の背景等を含めた政策が必要といえる。

それに加え、医師間レベル、職種間レベル、病院部門間レベル、地域の施設間での機能特化、役割分担、連携の追求と同時に、迫り来る超高齢社会に対応したケアの提供も想定する必要がある。超高齢社会では急性期のみのケアは不可能で、地域の予防的ケア、急性期ケア、回復期ケア、長期ケア、そして末期ケアまでが連携したネットワークで提供される必要がある。そしてそれぞれのケアが目的を異にし、関係する職種も異なっている。従ってこれらのケアの定性的、定量的必要性を把握し、それぞれの職種が担えるケアの内容を同定して、そこで医師の役割を確認し、その上で必要な医師数を計算するという下から積み上げる方式が必要といえよう。このような作業を通して初めて、医師偏在性の問題点が浮き彫りにされると考えられる。

医療資源や地域特性に対応した

日本の4つの地域類型の研究

1. 研究の目的

医師の需給は、医師そのものの数のみだけでなく、医療連携などによって、存在する医療資源でどのような医療サービス供給体制を作っていけるのかが極めて重要である。しかし、地域によって利用できる医療資源の量は一定ではなく、存在する医療資源によって異なった医療供給体制システムを構築していかなければ、医師不足の問題は解決することはできないだろう。

そこで、本稿においては、日本全国の二次医療圏を都市機能や人口サイズから4類型に分類し、その類型に基づいてそれぞれの医療資源の現状を把握しその問題点を分析する。4類型とは、大都市型、地方都市型、中小都市型、郡部型の4つである。

2. 研究の方法

2009年を基準年とし、2009年の市区町村データをもとに、人口推計、国土地理院データ、医師・歯科医師・薬剤師調査(2008)を連結して全国の市区町村のデータベースを作成した。さらにそれを各市区町村が所属する二次医療圏で集計して、二次医療圏のデータベースを作成した。

市区町村データベースを作る際に、医師数は2008年のものを使用し、都市人口データや面積などは2009年のものを使用している。この間市町村合併などの影響があるが、市区町村の単位は2009年度のものを使用し、それ以前は全て2009年の市区町村単位に合うように合計している。

二次医療圏を4類型に分割する時の基準は、第1型(大都市型):13大都市を含む二次医療圏、第2型(地方都市):中核都市、特例市、県庁所在地を含む二次医療圏、第3型(中小都市):第1、2型以外の人口7万以上の都市を含む二次医療圏、第4型(郡部):その他の二次医療圏、と分類した。

3. 研究の結果

4類型それぞれの二次医療圏数は、第1型22、第2型83、第3型127、第4型116であった。それぞれの人口総数は第1型3005万人、第2型5241万人、第3型3440万人、第4型1088万人で、人口密度はkm²あたりそれぞれ、2448人、647人、232人、83人である。医師総数は84741人、110665人、59844人、16647人、人口10万人対医師数は282人、211人、174人、153人であった。表1はこうした基本属性

を4類型ごとにまとめたものである。特に目を引くのが人口構成であり、65歳以上年齢人口は第1型で低く4型で高い。第4型では、慢性期の医療需要が高いことが予想され、それに応じた医療供給体制の準備が待たれる。

表1：4類型の基本属性

行ラベル	人口総数	15歳未満 人口割合	15～64歳 人口割合	65歳以上 人口割合	一般世帯数	核家族世 帯割合	単独世帯 数割合	65歳以上の高齢 単身世帯割合	総面積	可住地面積
1	30057377	12.5%	68.5%	18.1%	13155673	54.1%	38.7%	8.6%	12278.84	5996.77
2	52405507	14.3%	66.5%	19.2%	19547139	60.4%	27.0%	7.5%	80962.58	33459.73
3	34398978	13.9%	64.4%	21.5%	12377105	58.4%	25.1%	7.6%	148006.65	49340.02
4	10876173	13.6%	59.7%	26.6%	3859638	56.1%	24.0%	10.4%	131178.38	32235.8
総計	127738035	13.7%	65.8%	20.2%	48939555	57.8%	29.4%	8.1%	372426.45	121032.32

表2は人口10万人対診療科別医師数を見た時に、第1型地域と第4型地域で差が大きな診療科上位10科を選んで表したものである。上位10位に入る診療科は、気管食道外科、美容外科、リウマチ科など専門分化した科が多いのであるが、救急、産科など基本的な科も上位にランクされている。特に産科に関しては、近年、不足を問う声が強くなっており、地方における不足問題が深刻であることが推測される。」

表2：第1型と第4型の差が激しい診療科上位10科

	第1型	第2型	第3型	第4型	全国	地域1/地域4
気管食道外科(主たる)	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	-
美容外科(主たる)	0.8	0.3	0.1	0.0	0.3	91.91
血液内科(主たる)	2.5	1.5	0.9	0.3	1.5	8.97
救急科(主たる)	2.3	1.6	1.2	0.3	1.5	8.67
臨床検査科(主たる)	0.4	0.3	0.2	0.1	0.3	8.14
産科(主たる)	0.5	0.3	0.2	0.1	0.3	7.91
リウマチ科(主たる)	1.4	0.6	0.4	0.2	0.7	6.81
乳腺外科	1.3	0.7	0.4	0.2	0.7	6.63
肛門外科(主たる)	0.5	0.4	0.2	0.1	0.3	6.60
糖尿病内科(代謝内科)(主たる)	4.1	2.2	1.4	0.7	2.3	6.27

表3：第1型と第4型の差が少ない診療科上位10科

	第1型	第2型	第3型	第4型	全国	地域1/地域4
循環器内科(主たる)	0.1	0.2	0.4	0.9	0.3	0.08
呼吸器内科(主たる)	0.1	0.2	0.3	0.6	0.2	0.13
全科(主たる)	0.2	0.1	0.2	0.5	0.2	0.45
外科(主たる)	14.8	12.7	12.4	14.1	13.2	1.05
内科(主たる)	56.9	46.9	44.9	52.4	49.2	1.09
精神科(主たる)	12.0	10.8	9.6	9.0	10.6	1.33
整形外科(主たる)	18.0	15.3	13.1	12.6	15.1	1.43
泌尿器科(主たる)	6.1	5.1	4.0	3.8	5.0	1.60
脳神経外科(主たる)	5.8	5.2	4.5	3.5	5.0	1.63
産婦人科(主たる)	10.1	8.1	6.2	5.6	7.8	1.80

表3は逆に第1型と第4型の差が少ない診療科上位10科である。医師の絶対数の少ない科は除いて考えると、外科、内科、精神科のような基本的な診療科医師数には地域による大きな違いは認められない。また10位に産婦人科が入っているが、このデータからは分娩を扱っている医師かそうでないかは判別できない。

4. 考察

都鄙の違いによって医師数は大きな偏りを見せている。第1型、第2型は連携を促進することで医療資源を融通することが可能であり、第4型はへき地医療などの対策が行われているが、第3型が最も医師不足が顕在化する可能性がある。特に医師不足が叫ばれる科では、救急や産科の都鄙間格差が大きい。救急の整備は地方においてもなされるべきであるが、あらかじめ入院時期が予想される参加などは、都市部に医療施設に対するアクセスをどう保障していくかが課題となるだろう。

結論：都市機能や人口サイズから二次医療圏を類型化すると、それぞれに大きな医療資源の偏りがみられる。連携をとれない地域への対策が必要となろう。

G. 政策過程分析

医師供給政策の政策過程－地域医療再生計画における
医師確保事業に見る自治体の医師供給政策－

小塩篤史

医療制度改革と医師需給

長谷川友紀

医師供給政策の政策過程

—地域医療再生計画における医師確保事業に見る自治体の医師供給政策—

1. はじめに

医療政策は、国、地方自治体、2次医療圏、病院などの異なった階層において、政策立案・実施がなされており、その影響が及んでいる。医師の供給政策に関しても、医学部定員などの国レベルでの決定が重要であることは論を待たないが、同様に地方自治体レベルでの医療供給体制の維持、医師確保政策も重要な課題となっている。医師不足がどのような階層で発生しているかは議論があるところであるが、局所的な医師不足に対応するのは、地方自治体や病院・医師会等のより下部階層のアクターである。国家レベルで規定される医師の人数が、実際に地域のニーズに応じてどのように割り振られていくのか、そのメカニズムを把握することで、医師需給政策のモデルをより現実に即したものとすることが可能になる。本研究においては、地域医療の再生を目指す「地域医療再生計画」において実施された医師確保事業の分析を通じて、そのメカニズム・政策過程を分析する。どのようなアクターが参加し、どのようなプロセスで、医師不足に対応しているのか検討することで、医師供給政策過程のモデル化を目指す。

2. 方法

47都道府県で実施された94の事業のうち、医師確保を第一義的な目的としている事業を抽出した。ほとんどすべての事業において、医師確保もしくは人材養成が課題としてあげられているが、ここでは対策課題の優先順位の2番目までに医師確保を掲げている事業を抽出した。これらのプロジェクトのうち、全県での対応を行っている事業と参加ステイクホルダーの数が多き事業をそれぞれ3例ピックアップし、課題と参加ステイクホルダーの分析、人材マネジメントの権限の所存について検討した。

3. 結果

地域医療再生事業として、医療圏単位の21事業に加えて、3県で全県対応の医師確保対策を行っていた。本研究では、第2課題までに医師確保があげられているものがピックアップされたが、実際にはほとんどすべての事業において、医師確保が掲げられている。医療提供体制の危機は多くの場合、医療人材の危機であることということが示唆される。

医師確保を目的としている事業は以下の事業である。

福島県	会津・南会津医療圏
新潟県	魚沼医療圏
茨城県	筑西・下妻保健医療圏
茨城県	水戸、日立、常陸太田・ひたちなか医療圏
栃木県	県南保健医療圏
静岡県	志多棒原医療圏
石川県	能登北部医療圏
福井県	嶺南医療圏
岐阜県	飛騨医療圏
愛知県	全県対応
三重県	全県対応
滋賀県	湖北・湖東医療圏
京都府	丹後医療圏
大阪府	泉州医療圏
奈良県	中南和地域
和歌山県	紀南医療圏
島根県	隠岐・雲南医療圏
島根県	益田・浜田医療圏
愛媛県	宇摩地域
愛媛県	八幡浜・大洲医療圏
高知県	全県対応
熊本県	天草医療圏
大分県	中部・豊肥医療圏
大分県	北部医療圏
宮崎県	北部医療圏
沖縄県	宮古・八重山医療圏
沖縄県	北部医療圏

本研究では、以下の事例を分析する。

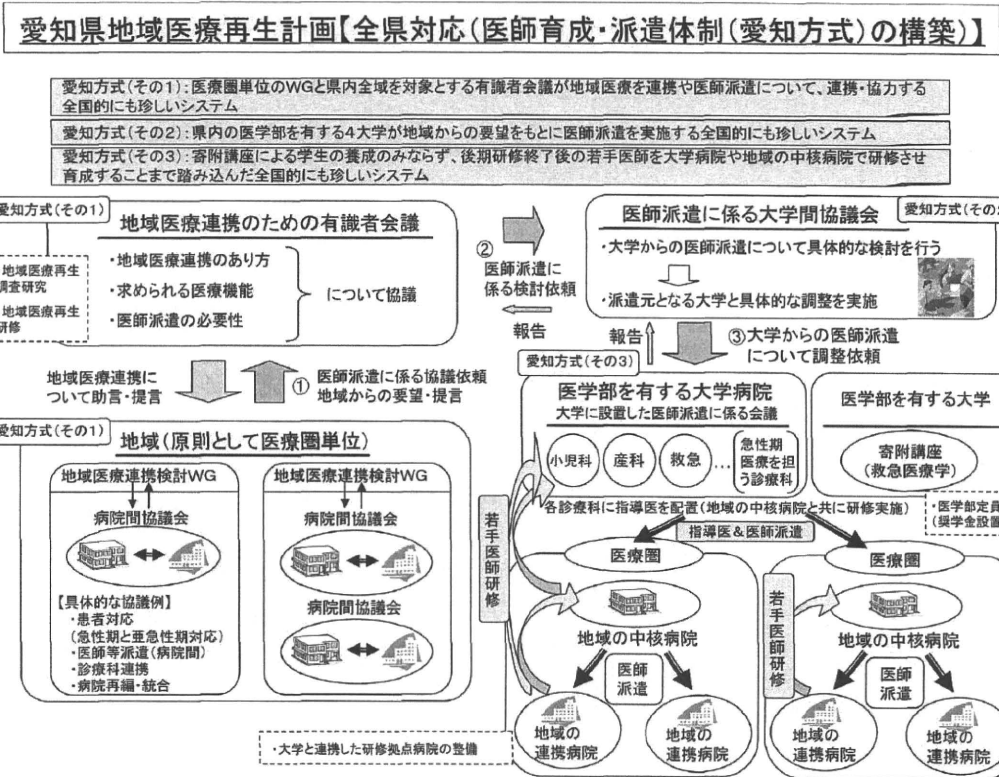
A. 全県対応事業

愛知県・三重県・高知県

B. 医療圏事業

茨城筑西 下妻医療圏・栃木県 県南医療圏・岐阜県 飛騨医療圏

A-1. 愛知県医師確保事業



愛知県は県内に4つの医学部を抱えており、不足医師の確保というよりも、如何に医師の育成と派遣において協調するかという枠組みになっている。

愛知方式の特徴として、

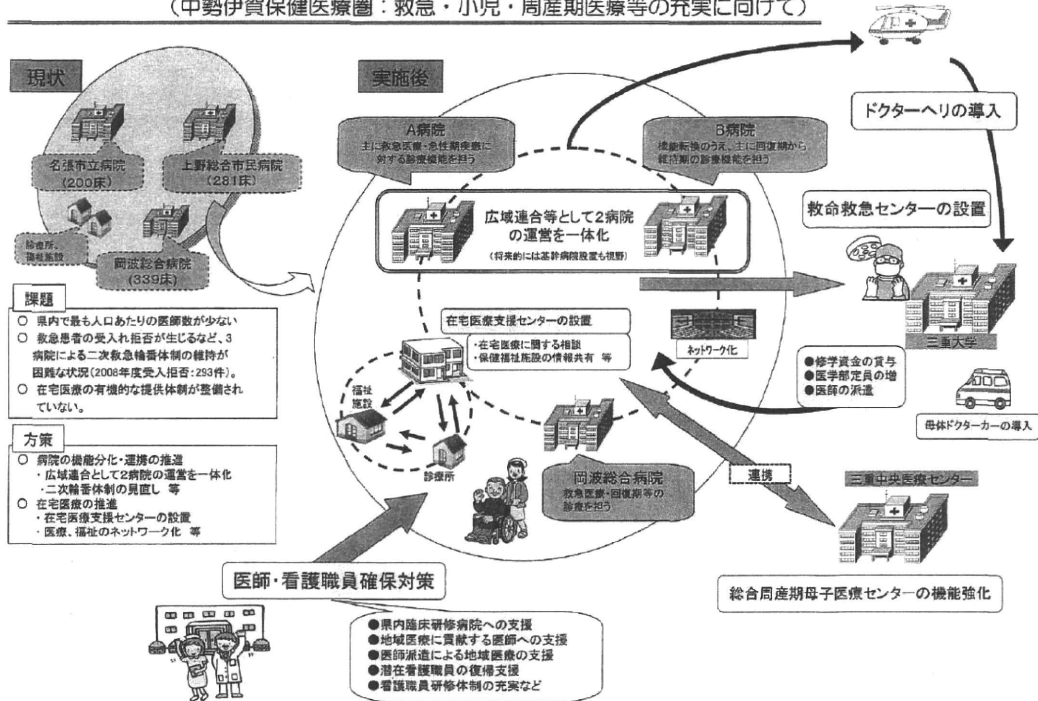
1. 医療圏単位でのワーキンググループの構築と県内全域を対象とする有識者会議が地域医療を連携や医師派遣に関して、協議・協力する。
2. 県内の医学部を有する4大学が地域からの要望を基に医師派遣を実施する。
3. 寄付講座による学生の養成だけではなく、後期研修終了後の若手医師を大学病院や地域の中核病院で研修・育成することをまで踏み込む。

医師の派遣に関わるステイクホルダーは、大学病院、地域の中核病院、地域の連携病院であるが、医療圏単位での医師の派遣に関しては、病院間協議会と地域医療連携検討ワーキンググループで検討され、全県単位での医師の派遣に関しては、地域連携のための有識者会議にて調整が行われる。実際の医師派遣に関しては、医師派遣に関する大学間協議会で4大学の調整が行われ、実際の医師派遣に関しては各大学の医師派遣に係わる会議で決定される。

A-2. 三重県医師確保事業

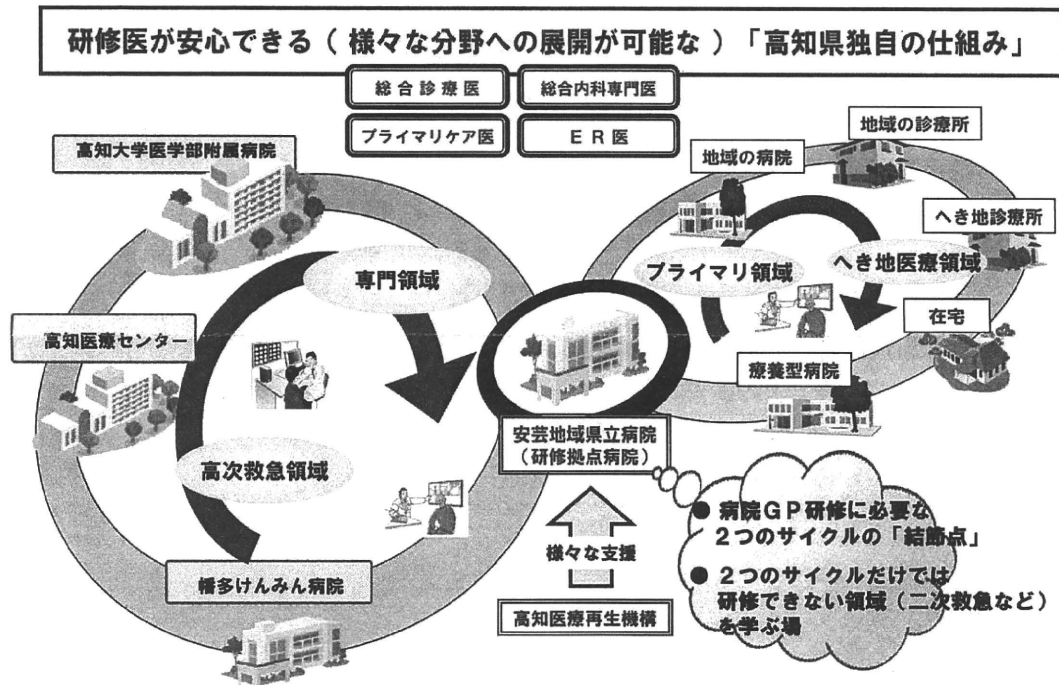
伊賀地域における地域医療体制の再構築

(中勢伊賀保健医療圏：救急・小児・周産期医療等の充実に向けて)



三重県は医師の絶対数が少なく、特に伊賀や紀勢などの山間部で医師数が不足している。そこで、三重県では、医師の絶対数の確保のために、医師の地域定着の促進のための奨学金制度改革、並びに研修病院の充実のために、MMC 卒後臨床研修センターの拡充を行っている。三重大学から如何にスムーズに医師の派遣を行うか、医師の労働環境を整備するかに焦点が置かれている。

■ 高知県の「病院GP養成」の仕組み（若手医師が集まる仕組み）



高知県では、高知県の医師確保の中核となる組織として、「高知医療再生機構（仮称）」を設立し、高知県・高知大学医学部・高知医療センターが参加し、取り纏めを行う。高知県では、若手臨床医が集まる仕組みとして「高知県独自の仕組み」を構築する予定である。

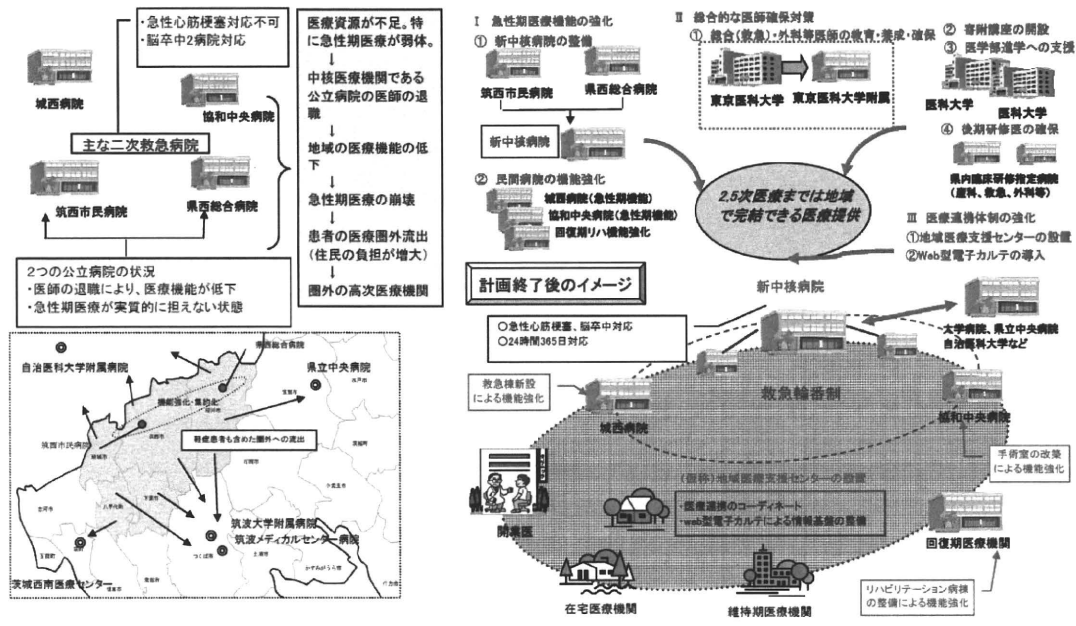
GPへの研修として、専門領域での研修を含んだ高次救急領域での研修と僻地医療やプライマリケア領域の研修の二つのサイクルに分け、その結節点として県立病院を位置づけている。この県立病院に高知医療再生機構が様々な支援を行うことで、GPのキャリアプラン構築を行い、研修医にとって魅力的な環境を構築する。

B-1. 茨城県 筑西・下妻医療圏

茨城県地域医療再生計画（筑西・下妻保健医療圏：急性期医療機能の整備や医師確保対策を軸とした地域医療の再構築）

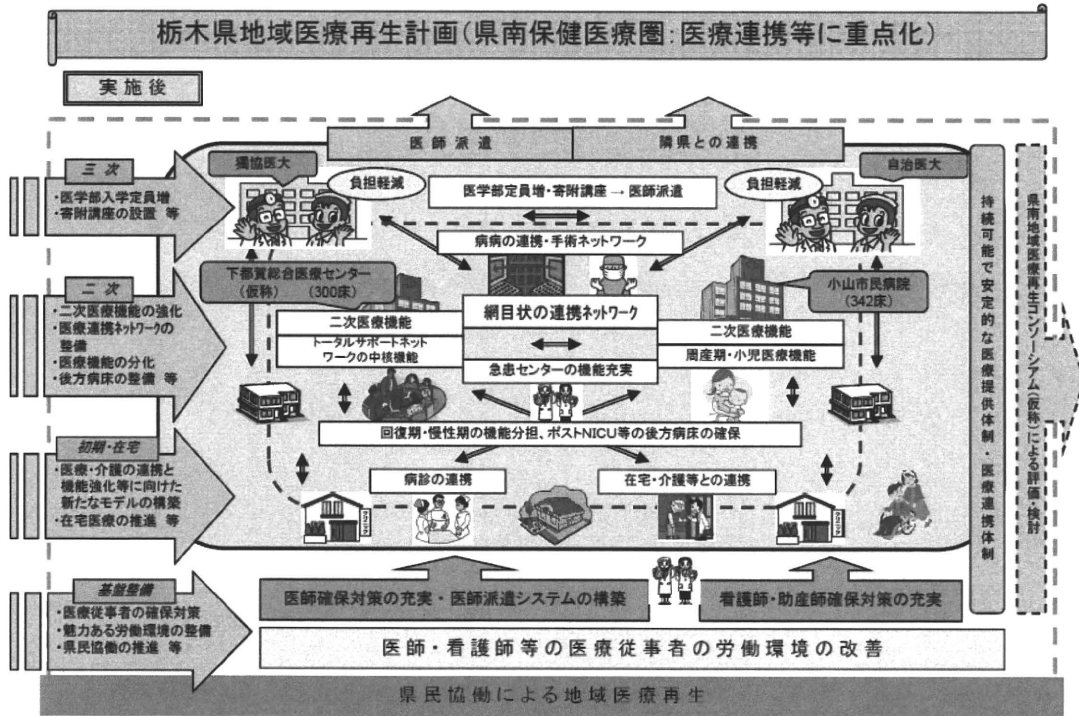
【現状等】
 ○心疾患及び脳血管疾患の死亡率が全国平均を大きく上回っており、県内9保健医療圏の中でもワースト1位となっている。
 ○医療資源が不足、特に緊急を要する急性心筋梗塞に対応できる病院がなく、脳卒中への対応も不十分。
 ○医師不足等により、公立病院2病院が疲弊し、事実上、急性期医療が担えていない。

【主な解決策】
 ○公立病院の集約化により、管制塔機能を持った「新中核病院」を整備するとともに、民間病院の機能強化と役割分担を進め、2.5次医療までは圏域内で対応できる医療体制を構築する。
 ○また、当該地域を含めた医師不足地域の医師確保を図るため、大学及びその関連病院と連携した医師の教育・養成・確保体制の強化や医学部への新たな地域枠の設置等総合的な医師確保対策を推進する。
 ○さらに、地域医療支援センターの設置やWeb型電子カルテの整備を通して、医療連携を推進し



茨城県 筑西・下妻医療圏では、急性期医療機能の整備や医師確保を軸とした地域医療の再構築を図っている。茨城県の医学部は、筑波大学であるが、本事業においては、自治医科大学、東京医科大学、東京医科歯科大学、日本医科大学などの各大学と協力し、医師確保策を検討している。その方法としては、本事業を財源として、各大学医学部に寄付講座・地域枠を設置し、各大学からの医師確保を狙っている。基本的には、特定の大学医学部を特定の中核病院に結びつける方策である。

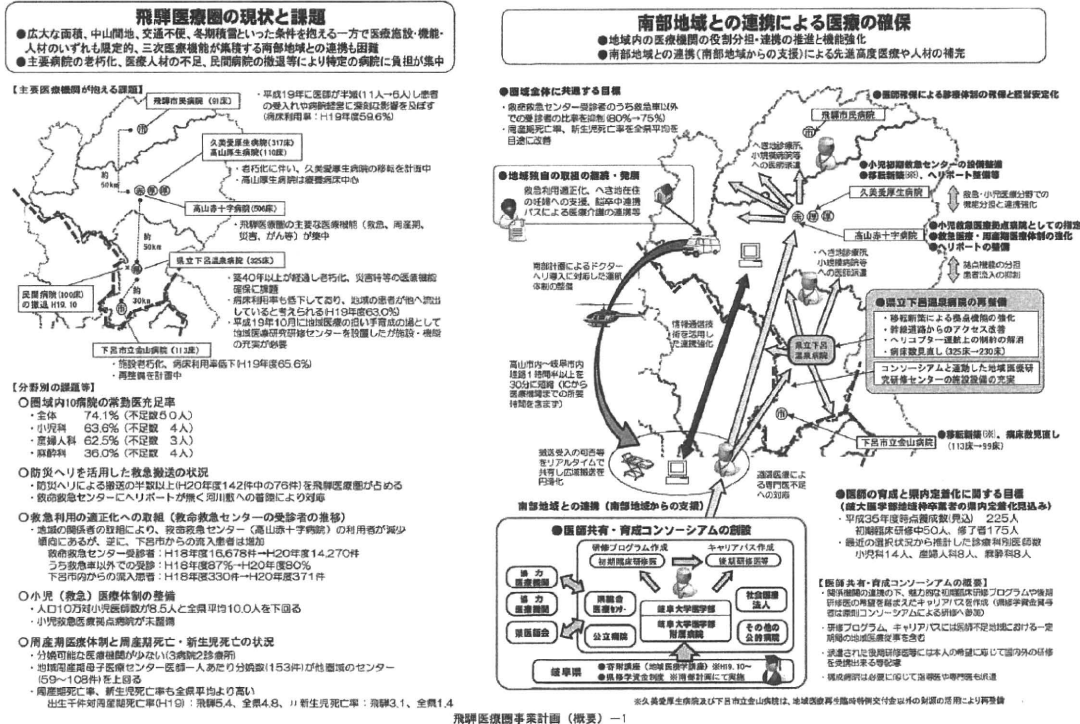
B-2. 栃木県 県南医療圏



栃木県県南医療圏でも医師不足が深刻になっており、医療連携を基盤にした医師確保策が取られている。栃木県には、自治医科大学と獨協医大の2医学部があるが、両医学部の卒業生をいかに県南医療圏で確保するかが主要ターゲットとなっている。医師確保のための方策としては、労働環境の整備や入学定員増、寄付講座の設置に加えて、連携ネットワークを構築することで、手術ネットワークの構築を目指している。医療機能の分化を進めた上で、医師のやりとりを行うシステムの構築を目指している。

B-3. 岐阜県 飛騨医療圏

岐阜県「飛騨医療圏・地域医療再生計画」の全体像



岐阜県飛騨医療圏も深刻な医師不足に悩まされており、域内10病院の常勤医充足率は、74.1%となっている。そこで、医師の育成確保と目標として、医師共有・育成コンソーシアムによる魅力的な研修プログラムの提供やキャリア形成支援を通じ、より多くの医師を育成し、県内への定着を促進する。医師共有・育成コンソーシアムは、岐阜大学医学部、同付属病院と研修医が多く集まる公的病院等が、効果的な初期研修の実施と後期研修医等を育成するコンソーシアムとなる。県内の初期臨床研修医の増加、後期研修医の医師不足地域への派遣を岐阜大学医学部が事務局となり実施する。

4. 考察・結論

事業としては西日本で医師確保事業が多く見られたが、その事業は比較的単純な構造である。ここで取り上げた事業は、複数の利害関係者が関与している事例を取り上げたが、複数の参与がある場合でも、茨城のケースは、大学と病院が一対一対応であるため、構造はより単純である。愛知県や栃木県のように複数の大学医学部から、調整を行いながらどのように医師確保を行っていくか、コンソーシアムや協議会をどのように運用していくかが、事業の成否に大きく影響すると考えられる。大学同士の連携やガバナンスの異なる病院間での医師ネットワーク化が今後重要になると考えられる。これらの事業の経過をより詳細に分析することで成功のためのモデルケースを作成することが必要である。

医療制度改革と医師需給

本稿では、これまで医師需給について行われた議論をレビューし、本研究班が当面明らかにすべき課題を論点とともに提示する。

1. 医師の特性と医師需給の必要性

医師を代表とする医療関係職種は、社会機能維持のために重要な役割を有すること、その養成に長期間と多くの公費を必要とすることから、一種の公共財とみなされ、供給に関して一定の政策的な制限を受けることが当然視されてきており、このような制限は多くの先進諸国においても認められる。

医師のキャリアの特徴としては、①医師の養成には時間がかかる、②いったん養成した医師の転職は困難である、③日本の場合には医師の輸入に比較して輸出は困難である、④医師の養成には公費が投入される、ことが挙げられる。また、医師免許の性格からは、①生涯有効である（臨床資格について一定期間の後更新を必要とする制度が内閣府規制改革・民間開放推進会議で、検討されたが実現しなかった）、②教育内容に関わらず診療科標榜は自由である、③居住・開業の自由がほぼ保障されている、ことが特徴として挙げられる。このような医師の供給を制限するために、大学定員の制限、新規開設の禁止が長らく取られてきた。

2. 医師の不足感

医師不足が認識されるようになったのは2000年頃からである。1970年代までは地方の医師不足に対する対策として新設医大の設置が進められた時期もあったが、1980年代半ば頃からは、医師の需給の問題は、増加した医学部定員によって将来予想される医師過剰をどのようにコントロールするかが主要な論点中心となった。厚生労働省は、医師需給に関する検討委員会を1975年、1984年、1993年、1997年、2005年と5度にわたって設置したが、1975年委員会で立てた医師の供給増の目標は1983年には達成され、その後3回の委員会ではむしろ医師数のコントロールが課題となった。2000年頃から強まってきた医師の不足感を背景に、医師需給の問題が「医師不足」の