

「医師の需給に関する検討会」報告書概要

1 経緯

- 当検討会は、医療提供体制等の抜本改革に関する厚生省案や与党医療保険制度改革協議会による「21世紀の国民医療－良質な医療と皆保険制度確保への指針」において、医師数の適正化及び質の向上に関する取組が盛り込まれており、また「医師需給の見直し等に関する検討委員会」（前川委員会）報告後3年が経過したことから、改めて医師需給バランスの推計を検証した上で、必要な対策を検討するため設置された。

2 医師の需給バランスについて

- 現時点での当検討会の共通認識は、地域的にみて医師の配置に不均衡がみられるものの、現在の医師数の状況は全体としては未だ過剰な事態には至っていないが、診療所医師数の増加がある程度続いた後は医師の過剰問題がより一層顕在化し始めるというものである。
- 供給下位推計と需要上位推計との比較では、平成29(2017)年頃から供給医師数が必要医師数を上回り、平成32(2020)年には約6,000人、平成37(2025)年には約14,000人の医師が過剰。その後も両者の乖離拡大は続く。
- 需要上位推計（今後の医療サービスの充実を考慮しつつ、大幅に需要を多く見積ったもので、下位推計に比較して概ね2割増）といえども、供給下位推計と比較した場合供給過剰が生じるとの予測は、医師数が将来著しい過剰を来すことを示す。
- 医師の需給バランスは様々な事象の影響を受けることから、今後も必要に応じ需給に関する動向を調査・分析した上で見直しを行う。

3 医師数の過剰による問題点

- 医療保険制度下で診療報酬が公定価格として設定されていることや、「情報の非対称性」があること等から、医療サービスには市場原理が働きにくく「供給が需要を作り出す」側面がある。情報公開の促進を図り市場原理が適切に働くよう努めていく必要があるが、以上の側面の完全な排除は難しい。医師数過剰下にあっては、医療費の増加を経済的に負担可能な範囲にとどめられず国民の利益を損なうこととなる。
- 国民の健康の担い手として、知識・技能を発揮する場が医師に与えられなければ、医師養成に投じた費用に無駄が生じる。
- 当検討会の議論では、「市場の競争原理に委ねるべき」との意見もあったが、市場に委ねるだけで医師数の適正化を図ろうとしても、結果が出るまでに長期間を要し、その間に医師数過剰によって生じると危惧される弊害を勘案すれば、政策上の要請から一定の限度で医師数の適正化対策を講ずる必要があると考える。

4 医師数の適正化のための対策

- 医師の養成は長期間を要し、また急激な対策は難しい。過剰による問題が顕在化・深刻化する前に対策を講ずる必要がある。
- 医師数の適正化対策とは、現在の医師数を削減することではなく、今後の医師数の増加の速度を政策的に調整し、将来の医師需給バランスの均衡を達成しようとするもの。欧米各国においても、医師数に対する対策が既に講じられてきている。
- 医師数の適正化の目標としては、高齢者人口の最も多くなる平成32年において需給の均衡が達成され、かつその後の供給医師数と需要医師数との乖離についても抑制が可能となるよう、新規参入医師を削減する。具体的には、削減率を次第に高め、最終的には上に述べた時期を目途に現在の新規参入者数の概ね10%の削減を目指す。
- 今回の目標値は、これまでの入学定員の10%削減目標（現在迄の削減率7.8%）の未達成部分の達成を含めて考えており、適正化対策を進めるにつき、従来目標の達成が当検討会の第一に要請するところ。
- 入学定員の削減だけで対応していくのは難しく、幾つかの方策を組み合わせ実行に移せるものから取り組む。医師の資質向上のための施策の間接的効果として、結果的に新規参入を削減する側面を含め総合的に考える。
- 具体的対策

（入学定員）

定員削減が困難な理由として、個々に参酌に値する種々の事情があることを認識しつつ、過剰の弊害にかんがみ、改めて関係者に対して従来の定員削減の目標達成を要請。その上で、他の対策の実施時期や実現可能性の検討過程で、新たな定員削減について大学関係者の中での調整・検討。

入学定員の一部を発展途上国等の医師養成に活用するなど、国際協力の観点からの方策の検討も必要。

（医師国家試験）

臨床研修の必修化との関連で、実技試験の導入も視野に入れ内容を見直す。また、合格基準の変更も含め抜本的に改善。以上の結果、事実上新規参入者の数%の削減効果を見込み得る。

受験回数の制限に関して、他分野への進路の早期転換を促す面等から意義があるが、実施方法等についてさらに詳細な検討が必要。こうした対応により新規参入者を1%程度削減する効果。

合格者数の定数化は、資格試験であること等から多くの議論があり慎重な検討を要する。

（卒前医学教育及び卒後臨床研修）

卒前医学教育を通じて、入学者選抜の改善、厳正な進級・卒業認定、適切な進路変

更等の措置が必要。こうした対応は結果的に新規参入数の削減効果を有する。

臨床研修の充実は、新規参入医師に対する10%の削減目標とは別に、実質上総医師数に対するおよそ5%の削減効果がある。

(保険医)

医師の資格に年齢制限を設けるのは適当ではない。保険医との関係では、定年制については、現状では高齢医師の地域医療に果たす役割が大きいこと、定数制については、待機中の医師の資質の維持等各々に勘案すべき事項があり、慎重な検討が必要。

5 医師数の適正化のための対策を行うに当たり考慮すべき事項

○ 医師の偏在の是正

へき地の医師確保について、へき地保健医療対策全体の中での検討を進める。地域間・分野間の偏在について、大学医学部等の関係者が協調して偏在解消を積極的に支援する姿勢が求められる。

○ 医師の資質の向上

卒前医学教育や卒後臨床研修等の各段階の継続性・一貫性の確保が必要。

卒前医学教育や卒後臨床研修等を通じ、全人的に患者を診得る幅広い知識・技能等を備える医師を養成する。

かかりつけ医を中心とした医療提供体制の整備を図る上で、プライマリ・ケアを専門的に担う医師の役割は高まるので、専門性に対する正当な評価が求められる。

臨床医としての基本的診療能力の修得を図るため、卒後臨床研修の充実が重要な課題。卒後臨床研修の必修化のための体制を整える必要。

卒前医学教育や卒後臨床研修の充実には、現在以上の手厚い教員や指導医の配置が必要。

○ 情報の公開の推進と適正な競争

医療サービスでは完全な市場原理が作用しにくい面があるが、情報公開の推進と透明性の確保を図り、患者の選択による健全な市場を今後も育てていく。

○ 非臨床系の分野における医師の確保

非臨床分野に優秀な人材が得られるよう環境を整備。医師需要が福祉等多様な分野に広がると考えられ、他分野への進出に対する関係者による支援策を期待。

医師の需給に関する検討会 報告書

平成10年5月15日

- I はじめに
- II 当検討会設置までの医師需給に関する検討の経緯
- III 医師の需給に関する基本的認識
 - 1 医師の需給バランスについての過去及び現在の状況
 - 2 将来の需給バランスについて
- IV 医師需給の将来推計について
 - 1 医師の需要及び供給推計に当たっての基本的な考え方
 - 2 供給医師数の具体的な推計方法
 - 3 必要医師数の具体的な推計方法
 - (1) 上位推計
 - (2) 下位推計
 - (3) 中位推計
- V 推計結果からみた将来の医師需給のバランスについて
- VI 医師数の過剰による問題点
- VII 今後取り組むべき課題
 - 1 医師数の適正化のための対策
 - (1) 基本的な考え方
 - (2) 具体的な対策
 - 2 医師数の適正化のための対策を行うに当たり考慮すべき事項
 - (1) 医師の偏在の是正
 - (2) 医師の資質の向上
 - (3) 情報の公開の推進と適正な競争
 - (4) 非臨床系の分野における医師の確保
- VIII おわりに

I はじめに

我が国では、国民が等しく医療を享受できるという理念の下、昭和36年以来国民皆保険制度が実施、維持されてきている。同制度は世界に誇れるものとして高い評価を受けているが、一方急速な人口の高齢化や医療の高度化による医療費の増嵩、経済基調の変化に伴う医療費の伸びと経済成長との不均衡の拡大等、医療を取り巻く環境が大きく変貌しており、制度の存続そのものを危うくしかねない状況にある。

平成9年8月にとりまとめられた医療提供体制等の抜本改革に関する厚生省案や与党医療保険制度改革協議会による「21世紀の国民医療—良質な医療と皆保険制度確保への指針」において、安心して良質な医療提供体制の確保を目指して、必要な地域医療を確保しながら限られた医療資源の効率的活用を図ることや、医療における情報公開を推進し、国民の選択によって良質な医療が提供される体制を目指すこと、医療内容の説明不足等国民の医療に対する不安や不満を解消することなどがうたわれており、その中で、医師の需給に関しても、医師数の適正化及び質の向上に関する取組が盛り込まれている。

医師の需給に関しては、医師の数の上での需給バランスの問題もさることながら、国民の要請は、安心してかかることのできる医師が身近にいることや、先進的な医療も含め必要な医療が適切に提供されることであり、国民の期待に応えられる質の高い医師の養成・確保という観点からの検討も重要である。

当検討会は、「医師需給の見直し等に関する検討委員会」（以下、「前川委員会」という。）による報告書公表後3年が経過したことから、改めて医師の需給バランスについての推計を検証した上で、必要な対策を検討するため設置された。

当検討会では上記の背景を踏まえ、平成9年7月以来11回にわたり議論を行ってきたが、将来の医師需給についての新たな推計値を示すとともに、今後の医師需給対策として取り組むべき方向についてとりまとめたので、ここに検討会の意見として公表するものである。

II 当検討会設置までの医師需給に関する検討の経緯

医師の需給対策については、過去数回の検討・提言がなされてきた経緯がある。

昭和45年には、「最小限必要な医師数を人口10万対↑50人とし、これを昭和60年を目途に充たそうとすれば、当面ここ4～5年のうちに医科大学の入学定員を

1,700人程度増加させ、約6,000人に引き上げる必要がある。」との見解が明らかにされた。

このことを目標とし、その後、昭和48年から「無医大県解消構想」いわゆる「一県一医科大学」設置が推進され、昭和56年には医学部の入学定員は8,360人となった。その結果「人口10万対150人」の医師の目標は昭和58年に達成された。

その後も依然として毎年8,000人を超える医師が誕生していくことが見込まれる状況の中、将来の医師需給バランスについて検討し、所要の措置を講ずるべきとの指摘がなされるようになったことを受けて、昭和59年5月に「将来の医師需給に関する検討委員会」（以下、「佐々木委員会」という。）が設置された。

同委員会による中間意見が昭和59年11月、最終意見が昭和61年6月に公表され、その内容は、昭和100（平成37）年には全医師の1割程度が過剰となるとの将来推計を踏まえ、「当面、昭和70（平成7）年を目途として医師の新規参入を最小限10%程度削減する必要がある。」というものであった。厚生省はこれを受けて、医学部の入学定員の削減について関係各方面に協力を求めてきた。

その結果、平成5年には医学部入学定員は7,725人（削減率7.7%）となったが、当初目標の10%削減には達していない状況にあった。また、昭和61年の佐々木委員会最終意見公表以降、医療計画の策定等医療法改正に伴う諸制度の創設により医師の必要数に影響を及ぼす施策が推進され、他方、医師の供給をみると、我が国でもまもなく人口10万対医師数が200人を超えることが予想された。

こうしたことから、平成5年8月、前川委員会が設置され、その後も増加し続ける医師数に関して、将来の需給バランスの状況を推計し、何らかの措置を講ずる必要性について改めて検討された。

前川委員会は平成6年11月に「医師需給の見直し等に関する検討委員会意見」を公表し、その中で、将来の医師需給について複数の推計を行ったところ、いずれの推計においても将来医師が過剰になるとの試算結果を得たため、「若干の期間において推計値を検証して、必要であるとすればその適正化のための対策をたて、できるだけ速やかに実行することが望ましい」と提言した。

前川委員会による報告書公表後3年が経過したものの、その間医学部の入学定員はほとんど変化せず、現状は今なお7,705人（削減率7.8%）であり、また、同委員会において将来の医師需給バランスを推計する上で使用された各種統計調査結果につき新

たなデータが得られる時期に来たことから、同委員会による上記提言に沿って、介護保険制度の創設等新たな要素を勘案した上で、将来の医師の需給バランスの推計を検証し、また必要な対策について検討するため、平成9年7月当検討会が設置された。

Ⅲ 医師の需給に関する基本的認識

1 医師の需給バランスについての過去及び現在の状況

我が国の医師数は、医師・歯科医師・薬剤師調査によると、平成8年12月31日現在、240,908人（人口10万人当たり191.4人）となっている。また、都道府県別の人口10万人当たりの医師数をみると、最も多い東京都の261人から最も少ない埼玉県の114人まで大きな隔りがある。さらに、2次医療圏（主として一般の入院医療を提供する病院の病床の整備を図るべき区域で概ね人口30万人程度）単位にみると、その格差はより一層大きく、人口10万人当たり300人を超える圏域は15*に上る。（*平成6年のデータによる。）

また、業務の種別でみると、届け出医師の96.2%が医療施設の従事者であり、ほとんどの医師は診療に従事しているのが実態である。

医学部の入学定員は過去10年間程は約7,700人で推移しており、医師国家試験の受験者及び合格者数は年次により若干の差はあるものの、それぞれ約9,000人、8,000人である。また医師・歯科医師・薬剤師調査による届け出医師数によれば、毎年の医師数の増加は約5,000人である。

医師数の経年推移について、年齢階級別・就業場所別にみた場合、これまでの間の医師数の増加によって、昭和60年頃までは新設大学医学部等の附属病院の医師数が増加し、その後平成2年頃までは増床を行った一般病院の医師数の増加として現れている。また、平成2年頃からは病院への医師の就職が難しくなり、診療所開設に向かっていると考えられる。今後、現在60歳代後半以降の世代の診療所の医師が次第に第一線を退いていく一方で、それ以上に新たに医師が参入する結果、概ね向こう10年間程度は診療所の医師数の増加が続くものと考えられる。

現時点での当検討会の共通認識は、地域的にみて医師の配置に不均衡がみられるものの、現在の医師数の状況は全体としては未だ過剰な事態には至っていないが、診療所医師数の増加がある程度続いた後は医師の過剰問題がより一層顕在化し始めるというものである。

2 将来の需給バランスについて

前川委員会による需給推計では、必要医師数の算定に当たり、上位推計の場合、一定の施策によって医療の「あるべき姿」が実現された状態を設定している。例えば、外来での患者1人当たり診療時間が現状よりも長くなることや、医療施設における医師の配置の充実、在宅要介護老人にサービスを提供する医師や救急医療、臨床研修の充実に必要な医師の確保等である。

下位推計では、入院患者に対応する医師数に関して、医療法の標準定員を充足するものとする一方、その他の要素については外来での患者1人当たりの診療時間や救急医療のための体制は変化しないとするなど、それまでの医療の提供状況が将来も続くものと設定している。また、中位推計では下位推計から上位推計に次第に移行するとしている。

前川委員会報告書は、こうした前提の上で、例えば需要及び供給の中位推計を比較した場合、平成27(2015)年には約23,000人、平成37(2025)年には約26,000人の医師が過剰になるものと予想している。

当検討会では、前川委員会の報告書の公表後、需給バランスを推計する際の基礎となるべき統計調査結果が新たに公表されたことや、最近の医療制度等の変化を踏まえ、今回改めて将来推計を行うこととし、その結果に基づき今後の対策の必要性等について議論を重ねたものである。

IV 医師需給の将来推計について

1 医師の需要及び供給推計に当たっての基本的な考え方

医師の供給に影響を与える要素としては、入学定員、医師国家試験合格率、高齢医師や女性医師の活動性等がある。

また、医師の需要に影響を与える要素としては、人口構造の変化、外来患者数や入院患者数、要介護老人数の動向、医師1人当たりの診療患者数、大学病院や救急医療における医師需要、臨床研修医やその指導医数、基礎医学に従事する非臨床系の医師需要等である。

医師の需要及び供給推計に当たり、これらの各要素について、基本的には前川委員会による推計条件を踏襲したが、同委員会報告書の公表後の状況の変化や当検討会における議論等を踏まえ、条件の修正や新たな追加を行った。

2 供給医師数の具体的な推計方法

ある年次の医師数から、当該年次の死亡医師数を減じ、次年次の新規参入医師数を加えることにより次年次の供給医師数を推計し、これを繰り返すことで将来の供給医師数を推計した。

具体的な推計に当たっては、医学部の入学定員を現行の7,705人とし、また、昭和58年から平成3年までの入学者数及び平成元年から平成9年までの医師国家試験合格者数の実績から入学者数に対する国家試験合格者数の比を、0.98とした。性・年齢に伴う活動性の変化は、医師・歯科医師・薬剤師調査結果等から推計し、この結果を上位推計とした。

また、将来ライフスタイルの変化等により、70歳以上の医師については次第に活動性が低下すると考え、平成22(2010)年以降活動性が0になるとした場合を下位推計とし、平成37(2025)年以降活動性が0になるとした場合を中位推計とした。

3 必要医師数の具体的な推計方法

医師の現実の活動状況は、外来や入院患者の診療のほか、研修医の指導や研究等、1人の医師が多岐にわたる役割を果たしているのが通常である。しかしながら、推計に当たっては便宜上、入院や外来患者等の診療、救急やへき地医療、臨床研修の指導、基礎医学等の非臨床分野等、各分野毎に、その業務に医師が専念した場合に必要な医師数を算定し、それらを加算することにより全体の医師需要を推計した。

(1) 上位推計

- ・ 上位推計は、一定の施策によって、医療の「あるべき姿」が実現された状態を設定し、医師需要を推計した。

(外来患者に対応する医師数)

- ・ 外来患者数（精神疾患を含む。）については、将来の人口構成の変化を考慮し、外来受療率を標準となる人口構成の下での受療率（年齢調整外来受療率）に補正した上で、年次推移のトレンドから将来の年齢階級別外来受療率を推計し、将来の外来患者数を算出した。
- ・ 医師1人当たりの1日患者数については、患者1人当たりの平均診療時間を現在よ

りも長くみて10分とし、これに伴い医師1人当たり1日患者数を42人に設定した。平均診療時間を10分とした場合、初診と再診の患者の比率が1対6であるので、初診患者には30分程度の診療時間を割くことが可能となり、インフォームド・コンセントの十分な実践が可能になると考えられる。

- ・ 医師数については、患者数を医師1人当たり1日患者数（42人）で除することにより算出した。

（入院患者に対応する医師数）

- ・ 入院患者数（精神疾患を除く。）については、65歳未満の者については、3ヶ月未満、3～6ヶ月、6ヶ月以上のそれぞれの入院期間別の入院受療率について、外来受療率の場合と同様に年齢調整を行い（年齢調整入院受療率）、これらの年次推移のトレンドから将来の年齢階級別入院受療率を推計し、将来の入院患者数を算出した。

また、65歳以上の者については、3ヶ月未満及び3～6ヶ月のそれぞれの入院期間別の年齢調整入院受療率の年次推移のトレンドから将来の年齢階級別入院受療率を推計し、将来の入院患者数を算出した。65歳以上の者の6ヶ月以上の入院期間の者については、療養型病床群や老人保健施設、在宅等で処遇されることが可能となり、介護保険制度の創設も考慮し、新ゴールドプランの達成時期である平成12（2000）年又は平成17（2005）年までに、こうしたいわゆる「社会的入院」が解消するものと仮定した。

- ・ 精神疾患の入院患者については、年齢調整入院受療率の年次推移のトレンドから将来の年齢階級別入院受療率を推計し、将来の入院患者数を算出した。
- ・ 医師数について、入院患者を一般病床と療養型病床群に入院する者に区分し、これらの施設に勤務する医師数がそれぞれ医療法の標準定員を1割程度上回る数になると設定した。

（要介護老人に対応する医師数）

- ・ 療養型病床群や老人保健施設等が新ゴールドプランに沿って整備されるものとし、これらの施設や在宅の要介護老人数について同計画を踏まえたものとした。

その上で老人保健施設等では、要介護老人100人当たり医師1人を必要とすると仮定した。また、在宅要介護老人に対応する医師数に関しては、上記の「外来患者に

対応する医師数」に含まれていると考えられるが、在宅医療のための体制を整備する観点から、一般の外来患者が医療機関を受診する場合とほぼ同等の頻度で医師の訪問を受けられるとして、100人当たり医師1人を別途計上することとした。

(救急及びへき地医療に対応する医師数)

- ・ 救急医療やへき地医療に従事する医師数については、上記の「外来患者に対応する医師数」又は「入院患者に対応する医師数」（以下、「診療従事医師数」という。）に既に含まれてはいるが、救急及びへき地医療の充実が更に図られるものとして、別途以下の医師数を計上した。
- ・ 救急医療については、専従医師を2次医療圏毎に15人配置することとし、平成37(2025)年に全国で5,000人の配置を見込むこととした。
- ・ へき地医療については、現在の無医地区997ヶ所に1人の医師が配置されるものとして、1,000人を見込むこととした。

(医学部附属病院の医師数)

- ・ 医学部附属病院において診療に従事する医師は、診療従事医師数に既に含まれてはいるが、附属病院の果たす役割の特性から、医師1人当たりが診療する患者数は、一般の医療機関の場合に比較して少ないと考えられるため、附属病院の医師数を別途計上することとし、また今後の卒前教育の充実等も考慮し、平成8(1996)年現在の医師数の1割増しの3.4万人（臨床研修医を除く。）とした。

(臨床研修に対応する医師数)

- ・ 臨床研修医15,000人については、研修に専念できるよう体制を整備する観点から、診療従事医師数には含めず、別途必要医師数として計上した。
- ・ 臨床研修指導医については、十分な指導を行うことが可能なよう診療従事医師とは別に計上することとし、今後総合診療方式（スーパーローテイト方式）を基本とした研修が定着するとして、平成22(2010)年までに研修医3人について1名配置することとした。

(基礎医学等に対応する医師数)

- ・ 医師の資格を有する基礎医学教員や研究職、行政職等について年間1000人増加するとした。
- ・ 今後治験の充実が求められることなどを踏まえ、製薬等の分野の従事者について平成37(2025)年に1,000人を見込んだ。
- ・ 国際協力に携わる医師については、1,000人を見込んだ。
- ・ 検診医を平成37(2025)年に2,000人を見込んだ。
- ・ 平成37(2025)年に以上の医師需要の合計が15,000人になると推計した。

(2) 下位推計

- ・ 下位推計は、現状の医療提供体制の下での医師需要を推計した。
- ・ 患者数については上位推計と同様とした。
- ・ 外来患者に対応する医師数について、医師1人当たり1日当たり患者数は、診療所については、平成8(1996)年の実績のまま推移するとし、病院については医療法の標準定員を満たした場合の値を用いた。なお、病院と診療所の外来患者数の比率は、平成8(1996)年の値で推移するものとした。
- ・ 入院患者に対応する医師数について、医療法の標準定員を充足した数になると設定した。
- ・ 老人保健施設等では、要介護老人100人当たり医師1人が必要であるとした。
- ・ 在宅要介護老人のために必要な医師、救急医療やへき地医療に従事する医師、臨床研修医等については、診療従事医師に含まれるものとした。
- ・ 医学部付属病院の医師については、平成8(1996)年の実績から4.1万人(臨床研修医を含む。)を見込むこととした。
- ・ 医師の資格を有する基礎医学教員、研究職、行政職は、過去のトレンドから年間80人増加するとした。

(3) 中位推計

- ・ 中位推計は、現状の医療提供体制から徐々に医療の「あるべき姿」が実現していくものとして、医師需要を推計した。
- ・ 具体的には、平成8(1996)年には下位推計値であって、以後次第に上位推計に近接し、平成37(2025)年に上位推計値に移行するものとした。