

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

供給医師数を最も低く見込んだ場合の下位推計と、必要医師数を最も多く見込んだ場合の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人の医師が過剰となり、その後も供給医師数と必要医師数との乖離の拡大は続く。

供給医師数の中位推計と必要医師数の上位推計との比較では、平成24～25(2012～2013)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11,000人、平成37(2025)年には約14,000人の医師が過剰となる。

需要及び供給の中位推計を比較した場合、平成32(2020)年には約20,000人の医師が過剰となる。

上に述べた医師需要の上位推計は、人口の高齢化に伴い増加すると考えられる、福祉施設や在宅の患者による医師需要のほか、へき地や救急医療、最先端医療や基礎的研究、国際医療協力等の各分野の医師需要に加え、今後治験の充実が求められるなど医療の周辺分野で新たに拡大が見込まれる医師需要までも十分に考慮し、その上で、インフォームド・コンセントの充実等我が国の医療が向かうべき「あるべき姿」についても配慮したものである。

また、具体的な推計に当たっては、在宅要介護老人の診療に従事する医師、救急医療やへき地医療に従事する医師、医学部附属病院において診療に従事する医師、臨床研修医を、外来や入院患者の治療に当たる医師とは別に改めて計上しているが、本来これらの医師数は、「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」に既に含まれていると考えられるものであり、上位推計結果は、医師の必要数について、我が国の今後の医療サービスの充実を考慮しつつ、現状よりも大幅に需要を多く見積ったものである。下位推計といえども、概ね半数の病院の医師数が未だ医療法の標準定員を満たさない現状に対して、標準定員を満たすとの前提に立っており、上位推計は、こうした下位推計に比較してさらに概ね2割増となっている。

以上の上位推計と、他方70歳以上の医師の活動性が次第に低下し、平成22年以降活動性が0になると仮定した供給の下位推計とを比較した場合であっても、依然として医師の供給過剰が生じるとの予測は、医師数が将来、需要を超えた著しい過剰を来すことを示すものと考えられる。

なお、医師の需給バランスは、患者数の推移や今後の医療制度の改革等様々な事象

の影響を受けることから、今後にも必要に応じ需給に関する動向を調査・分析した上で、その見直しを行う必要がある。

VI 医師数の過剰による問題点

医師数過剰が国民にとってどのような問題があり、何故対策を講ずる必要があるのかについて議論を行った。

現行の医療保険制度の下では診療報酬が公定価格として設定されており、供給の増加が価格の低下につながらないこと、また、消費者である患者の医療費の負担は医療に要した費用の一部であり、コスト意識につながりにくいこと、加えて、医療が専門性の高い分野であるため、需要側である患者がサービスの内容について十分理解することが難しいという「情報の非対称性」があることから、医療サービスには市場原理が働きにくく、むしろ「供給が需要を作り出す」側面がある。

また、医療サービスにおける競争は、本来、「医療の質の面」においてなされるべきであるが、「情報の非対称性」があるために、患者にとって医療の質の判断が難しい。よって、医師数が過剰になった場合、相対的に判断しやすい「医療の質以外の面」における過当な競争が憂慮され、結果的に医療供給に非効率をもたらすことになる。

今後、医療制度の改革を進めるにつき、患者が医療の内容を十分理解できるよう、医療サービスにおける情報公開の促進を図り、透明性を確保することによって、市場原理が適切に働くよう努めていく必要がある。しかし、上に述べたような側面を完全に排除するのは難しく、医師数の過剰な下にあっては、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。

また、医師の養成には本人の努力とともに多大の資源を要する。こうして育成した医師に、国民の健康の担い手として、身に付けた知識・技能を発揮する場が安定的に与えられることがなければ、投じた費用に無駄が生じる。

当検討会の議論の中では、「医師数に対する行政的な介入はせず、市場の競争原理に委ねるべき」との意見もあった。

しかしながら、余りにも医師数が過剰であっては、かえって適切な市場を形成しないと考えられる。したがって、当検討会としては、そうした市場に委ねるだけで医師数の適正化を図ろうとしても、その結果が出るまでに長期間を要し、その間に医師数の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。

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

今回の推計結果においても前川委員会の報告書と同様、将来の医師数は過剰になると予測される。医師の養成には長期間を要し、また急激な適正化対策を講ずるのは難しいと考えられるので、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、現在よりも医師数の配置状況等の改善を見込んだとしてもなお、今後も医師数が増加し続ける結果、将来医師が過剰になると予測されることから、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である。

欧米各国においても、医療保険制度の安定的な運営を図るため、種々の制度上の改革を行うとともに、医療提供体制の供給面において病床数や医師数に対する対策が既に講じられてきている。

当検討会は、医師数の適正化の目標としては、今回の需給推計による需要の上位推計と供給の下位推計との比較に基づき、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必要医師数との乖離についても抑制することが可能となるよう、新規参入医師の削減を進めることを提言する。当検討会では需給推計を踏まえ、具体的には、削減率を次第に高めていくこととし、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%の削減を目指すのが妥当と考える。

これまでのところ、医師数の適正化対策は入学定員を昭和59年当時の定員に対して10%削減するという佐々木委員会の提言に沿って進められてきたが、削減率は7.8%にとどまっており、未だ目標は達成されていない。今回の新たな目標値は、従来の目標につきこれを達成することを含めて考えており、今後適正化対策を進めるに当たっては、従来の目標の達成が当検討会の第一に要請するところである。

また、これまでは入学定員の削減だけで適正化が進められてきたが、いまなお目標に達しない状況を勘案すると、今回の新たな目標に向けて入学定員の削減だけで対応

していくのは難しいと考えられるため、幾つかの方策を組み合わせ、実行に移せるものから対策に取り組むことにより、目標の達成を目指すべきである。

医師数を適正化するための方策としては、養成課程の入口での調整（医学部の入学定員の削減等）、養成課程の出口での調整（医師国家試験の改革等）及び医師資格取得後における調整（保険医の定数制、定年制等）といった３段階での方策が考えられる。保険医の定年制については、新規参入医師の削減と直接には関連しないが、医師数過剰が医療保険制度に多大な影響を及ぼすことから検討の俎上に上げた。

これらの方策は、いずれも実効が上がるまでに相当の期間を要すると考えられるので、具体的な対策を講ずるに当たっては、実施時期を含めその実現性について十分考慮する必要がある。

(2) 具体的な対策

具体的な対策を検討する上で、国民の期待に応えるべく医師の資質の確保・向上が求められる中、医師の卒前教育や卒後臨床研修の充実、国家試験の改善等の必要が指摘されていることに伴い、これらの対応をとる間接的效果として、結果的に医師の新規参入者数の削減につながる側面を含め、総合的に考える必要がある。

(入学定員)

入学定員の削減に関しては、佐々木委員会の提言に係る１０％削減の方針に沿って、既に国立大学では目標が達成されているが、他方一部の私立大学や大部分の公立大学では削減が進んでいない。

定員削減が困難な理由としては、私立大学の場合には経営面への影響が指摘されるほか、公立大学の場合、定員の削減について地元の理解を得るのが難しいこと等が挙げられている。

また、定員削減に際して、各大学の定員の規模や推移を考慮することが必要であるとの指摘も関係者の中にみられる。

しかしながら、当検討会としては、未だ目標が達成されない背景として、個々に参酌に値する種々の事情があることを十分に認識しつつ、医師の過剰による弊害にかんがみ、改めて関係者が調整の上、目標達成に向けて具体的に取り組むことを要請する。

その上でさらに、他の対策の実施時期や実現可能性について検討する過程で、新た

な入学定員の削減についても、大学関係者の中での調整を行いながら検討する必要がある。

また、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も検討すべきである。その際、留学生が我が国で得た医学教育や研究の成果を母国で十分に活かせるよう、関係者が一層緊密に連携し環境の整備に努めていくことが期待される。

(医師国家試験)

医師国家試験について、医学部卒業時点において必要な知識・技能が十分修得されているか否かを適切に判断することができるよう、今後とも同試験の内容を見直し改善していく必要がある。なお、その際後に述べる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検討する必要がある。

また、近年の医学・医術の急速な進展に伴う必要な知識量の増加は著しく、医師資格に伴う責任の大きさにかんがみ、諸外国の状況も考慮し、合格基準の変更も含めた試験内容の抜本的改善を図ることも必要であり、以上の対応をとる結果として、事実上新規参入者の数%の削減効果を見込むことができる。

医師国家試験について、受験回数に制限を設けるべきではないかとの議論があった。外国において既に、多受験回数者に対して再履修を課すなどの一定の制限を設けている国もあり、質の確保や他分野への進路の転換を早期に促すことにつながるという面からは意味のある考え方と思われるが、その実施方法等についてはさらに詳細に検討する必要がある。なお、こうした対応をとることにより新規参入者を1%程度削減する効果を有する。

また、医師数削減を目的として医師国家試験の合格者数を定数化するという考え方もあるが、同試験は医学部卒業を受験資格の前提とし、医師として具有すべき知識及び技能を修得しているか否かを確認するための資格試験である。こうした試験の性格上、新規参入者を制限する目的からあらかじめ定数を決めることには多くの議論があるところであり、引き続き慎重に検討を行う必要がある。

(卒前医学教育及び卒後臨床研修)

医学部における医学教育を通じて、能力や適性から医師としてふさわしくないと判

断される者が適切に進路変更できるよう、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を積極的に講ずる必要があり、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。

また、卒後の臨床研修の充実が医師の資質の確保・向上にとって重要であると考えられ、今回の削減目標を基礎づける需要の上位推計においても、研修に専念できるような体制を整備する観点から、研修医を診療従事医師には含めず別途必要医師として計上した。

他方、視点を変えて臨床研修を需要との関係ではなく、供給との関係でとらえた場合、臨床研修の充実によって研修に相当する期間だけ新規参入が遅れ、就業期間が短くなることから、将来的には実質上総医師数に対しておよそ5%の削減効果があるものとみなし得る。こうした臨床研修の充実によって生じると考えられる削減効果は、当検討会が新たに提案する新規参入医師の削減目標とは別のものであり、したがって、医師数の適正化を進めるには、新規参入医師数の削減と研修の充実による医師数削減効果との両者を勘案するのでなければ将来の医師需給バランスの達成は難しい。

よって、当検討会は、臨床研修の充実のための有力な方策として、これまでも重ねて提言されてきた臨床研修の必修化の実現を強く望むものである。

(保険医)

医師の資格そのものに年齢制限を設けるのは適當ではない。

他方、保険医の定年制や定数制については、定年制については、現状では高齢医師が地域医療に果たす役割が大きく、医療提供への影響が考えられることや、導入に際しては十分な周知期間が求められること、定数制については、新規参入者の機会を奪うばかりでなく、医療サービス全体の競争を失わせ沈滞を招きかねないことや、待機中の医師の資質の維持等それぞれに勘案すべき事項があり、慎重な検討が必要である。

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

需給に対する対策を講ずる際には、同時に医療サービスの受け手である国民に対して質の高い医療が保障されることが前提でなければならない。

当検討会に委ねられた審議事項は、将来の医師数の需給バランスの推計及び医師数の適正化対策に係る検討ではあるが、こうした観点から、当検討会では幅広く需給に

関する検討を行った。

以下の事項は、医師総数の調整によっては解決し得ない課題であり、適正化対策と併せてこれらの点についても十分に配慮し、適切な対策を講ずることを強く要請する。

(1) 医師の偏在の是正

医師の分布に関して、医師数の地域間格差は大きい。特にへき地の医師に関しては、これまで7次にわたるへき地保健医療対策に基づき医師の確保が図られてきており、また、目下第8次のへき地保健医療対策に取り組まれているところである。それらの結果、状況は改善されてきたと評価されるものの、今なおへき地の医師需要は根強い。

こうしたへき地医療に携わる医師の確保の問題には、単に医師が増えるだけでは解決しない面があり、へき地保健医療対策全体の中での検討を進める必要がある。

また、国民の期待に応えるには、各専門領域毎に需要に見合った数の医師が、可能な限り地域毎に確保されることが望ましい。しかし、へき地の医師確保の問題と同様に、不足が指摘される特定の専門領域の医師の充足は、単に数が増えるだけでは解決しない問題である。

したがって、地域間・分野間の医師の偏在解消に対して、医師養成の中心的な担い手である大学医学部や臨床研修病院、臨床医学関連学会の果たすべき役割には大きなものがあり、関係者においては協調して、こうした医師の偏在の解消を積極的に支援する姿勢が求められるところである。

(2) 医師の資質の向上

医師の資質の向上を図るには、卒前の医学教育や卒後臨床研修等の各段階の目標及び内容等について継続性・一貫性が確保される必要があり、関係者の十分な連携が欠かせない。

高齢社会を控え、医師には全人的に患者を診ることのできる幅広い知識及び技能が求められる。また、今日の複雑化した社会では、患者を精神的な面から支えられるよう人間性への深い洞察力を備えていることも大切である。卒前の医学教育や卒後臨床研修等を通じて、こうした資質も備え、広く社会的視野をもって地域医療への貢献に意欲を有する医師の養成が求められる。

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と考えられる。従来こうした医師に対する評価が、必ずしも高くない面があったが、その専門性の正当な評価が求められる。

また、臨床医としての基本的診療能力の修得を図るため、卒後の臨床研修の充実が重要な課題であるところ、既述の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が提示した指針において、臨床研修の必修化が盛り込まれており、卒後臨床研修を必修化するための体制を整える必要がある。

さらに、卒前の医学教育や卒後の臨床研修の充実を図るには、現在以上の手厚い教員や指導医の配置が必要になると考えられる。

(3) 情報の公開の推進と適正な競争

従来我が国では患者の医療情報へのアクセスが十分に確保されていなかったため、通常他分野にみられるような、サービスの受け手である患者による医療機関の選択が難しい面があり、ひいては国民の医療に対する不満や不信を生み出してきた。

医療サービスにおいては完全な市場原理が作用しにくい面があるものの、患者の選択を通じて医療の水準が高まるという、健全な市場を今後も育てていかなばならない。それには患者と医師との信頼関係を維持しながら、医療における情報公開の推進と透明性の確保を図っていくことが必要である。

他方、医師に関する情報の提供は、医師自らの技術の評価の機会を増やすことになり、また医師が互いに切磋琢磨することにより医療水準を引き上げることにも通じる。

(4) 非臨床系の分野における医師の確保

基礎医学分野、行政分野等担い手の少ない非臨床分野に若く優秀な人材が得られるよう、環境整備を図る必要がある。

また、今後医師に対する需要が福祉やその他医療の周辺等多様な分野に広がると考えられ、このような需要に応える意味からも、医師の他分野への進出が可能となるよう関係者による支援策が講じられることが期待される。

Ⅷ おわりに

これまでのところ我が国では、毎年およそ8,000名の若い医師が医療をはじめとする諸分野に送り出されてきた。こうして生み出された数多くの医師によるたゆまぬ努

力により、我が国の医療水準は世界的に高く評価されるに至った。今後、医師の活躍が期待される分野は、医療はもとより、保健や福祉、その他の分野と一層多種・多様になると考えられる。当検討会としては、そのような期待を念頭において我が国の将来の医師の質の確保及び適正数の確保について検討を行った。

当検討会では、医師需給に関して幅広く検討を行い、対策について提言をとりまとめた。今後、本報告書の提言に対する関係者の理解と積極的な取組を期待する。また、今後必要に応じ、医師需給に対する取組について評価・見直しを加えられていく必要がある。

資 料 集

資料 1 必要医師数（推計）

資料 2 必要医師数と供給医師数の年次推移（推計）
（平成 12 年に社会的入院が解消した場合）

資料 3 必要医師数と供給医師数の年次推移（推計）
（平成 17 年に社会的入院が解消した場合）

資料 4 医師数の年次推移

資料 5 業務の種別にみた医師数（H 8）

資料 6 全国医科大学（医学部）入学定員の年次推移

資料 7 医師の活動率（推計）

資料 8 医学部入学者数と国家試験合格者数の推移

資料 9 人口十萬対医師数の年次推移

資料 10 日本の将来推計人口

資料 11 将来推計患者数の年次推移

資料 12 新規参入医師数の削減率について

必要医師数（推計）

必要医師数（上位）

		H12（※）	H17	H22	H27	H32	H37	参 考		
総患者数 （万人）	入院	140 (145)	142	143	145	147	147	145	141	136
	急性期（再掲）	77 (82)	80	81	82	83	82	80	77	74
	精神（再掲）	31	29	26	27	27	27	27	27	26
	療養型（再掲）	32	33	35	36	37	37	38	38	37
	外来	585	589	579	561	537	503	466	427	394
	要介護老人	140	170	200	223	247	270	267	267	275
	施設（再掲）	54	60	62	62	62	62	62	62	62
	在宅（再掲）	69	91	118	141	165	188	185	185	193
必要医師数 （千人）	療養型（再掲）	17	19	20	20	20	20	20	20	20
	医療福祉	219 (223)	225	226	225	222	216	206	194	185
	入院（再掲）	68 (71)	69	70	71	72	72	70	68	65
	外来（再掲）	139	140	138	134	128	120	111	102	94
	要介護老人（再掲）	12	15	18	20	23	25	25	25	26
	へき地	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	救急医療	1	2	3	4	4	5	5	5	5
	国際協力	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	大学病院	31	32	33	34	34	34	34	34	34
	臨床研修医	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	研修指導医	3	4	5	5	5	5	5	5	5
	その他	9	10	11	12	13	14	14	14	14
	必要医師数計	280 (284)	290	295	297	295	291	281	269	260

注：介護型の療養型病床群で処遇される要介護老人は「入院」、「要介護老人」の双方に計上している

必要医師数（下位）

		H12（※）	H17	H22	H27	H32	H37	参 考		
必要医師数 （千人）	医療福祉	195	197	196	193	189	181	172	161	152
	入院（再掲）	61 (65)	63	63	64	65	65	64	62	59
	外来（再掲）	128	129	127	123	117	110	102	93	86
	要介護老人（再掲）	5	6	6	6	6	6	6	6	6
	大学病院	41	41	41	41	41	41	41	41	41
	その他	8	9	9	10	10	11	11	11	11
	必要医師数計	244 (247)	247	247	244	240	233	224	213	204

必要医師数（中位）

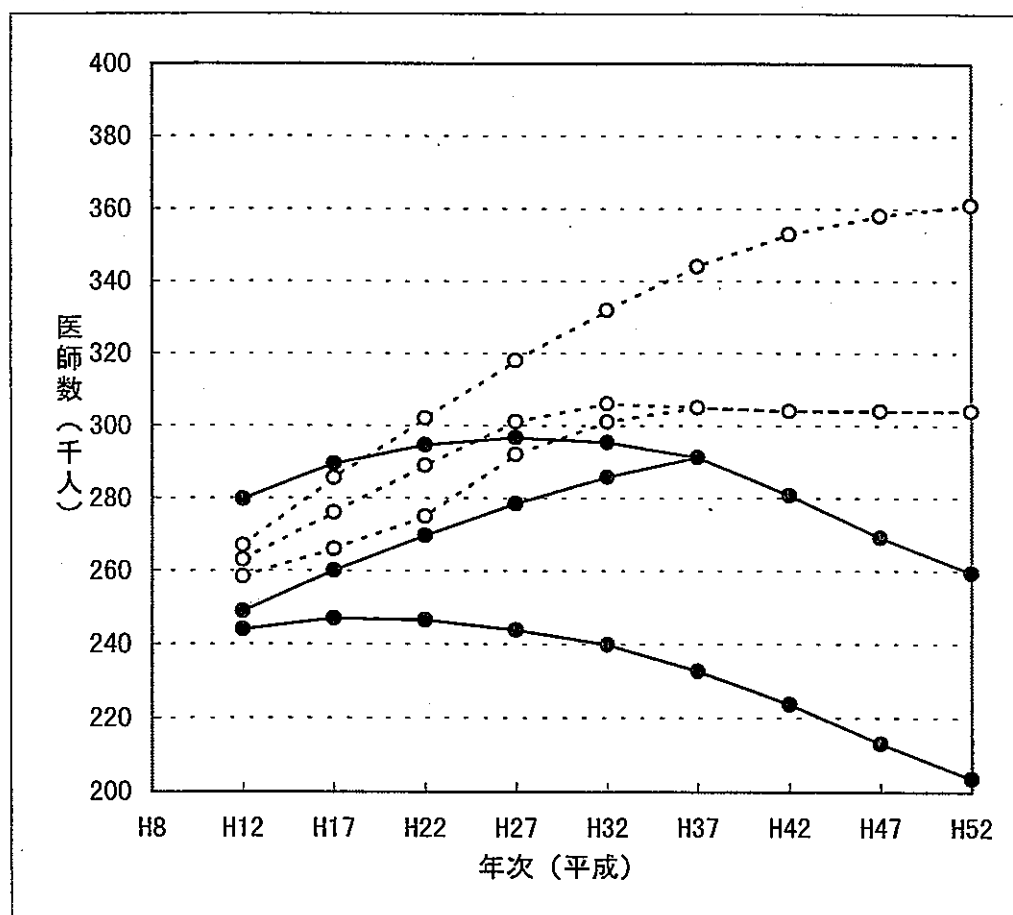
		H12（※）	H17	H22	H27	H32	H37	参 考		
必要医師数計		249 (252)	260	270	278	286	291	281	269	260

（※） 平成17年に社会的入院が解消した場合の平成12年の値

必要医師数と供給医師数の年次推移（推計）
（平成12年に社会的入院が解消した場合）

	● 必要医師数			○ 供給医師数		
	下位	中位	上位	下位	中位	上位
H12	244	249	280	258	263	267
H17	247	260	290	266	276	285
H22	247	270	295	275	289	302
H27	244	278	297	292	301	318
H32	240	286	295	301	306	332
H37	233	291	291	305	305	344
参考 H42	224	281	281	304	304	353
H47	213	269	269	304	304	358
H52	204	260	260	304	304	361

(千人)



- ※ 必要医師数の中位推計は上位推計に漸近し、平成37年に上位推計に一致すると仮定した。
- ※ 供給医師数の下位推計は平成22年、中位推計は平成37年に70歳以上の医師の稼働率が0になるとした。