

医師の需給に関する検討会報告書

平成18年7月

目 次

1. はじめに	・・・ 1
2. 医師の需給に関する現状	・・・ 4
3. 医師の需給に関する見通し	・・・ 12
4. 今後の対応の基本的考え方	・・・ 20
5. おわりに	・・・ 27

資 料

- 医師の需給推計について
- 「医師の需給に関する検討会」委員名簿

医師の需給に関する検討会報告書

1 はじめに

- 医師の需給については、昭和 45 年には、「最小限必要な医師数を人口 10 万対 150 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、将来の医師の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」が設置され、昭和 59 年 11 月に中間意見が、昭和 61 年 6 月に最終意見が取りまとめられた。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低限 10%程度削減する必要がある。」というものであった。旧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。平成5年8月には「医師需給の見直し等に関する検討委員会」が開催され、平成6年11月に意見を公表した。その中で、将来の医師需給について推計を行ったところ、将来医師が過剰になるとの推計結果を得たため、「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立て、できるだけ速やかに実行することが望ましい」と提言された。

- この報告書が発表された後、医学部の入学定員はほとんど変化しなかったが、介護保険制度の創設等新たな要素を勘案した上で新たなデータが得られる時期となったこと、また、平成9年6月に医師数を抑制する旨の閣議決定がなされたことから、平成9年7月新たに「医師の需給に関する検討会」を設置し、平成10年5月報告書を公表した。これによると、医師の需給に関する認識としては、「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」というものであった。

- 一方、新聞報道で医師不足が取り上げられた件数について年次推移をみると、平成12年（2000年）以降、徐々に件数が増加するなど、近年、特定の地域や診療科について医師の不足を指摘する声が強まった。これらを背景に、「へき地を含む地域における医師の確保等の促進について」（平成16年2月26日。地域医療に関する関係省庁連絡会議）において、「医師の養成・就業の実態、地域や診療科による偏在等を総合的に勘案し、平成17年

度中を目途に医師の需給見通しの見直しを行う。」とされた。これを受け、平成 17 年 2 月より新たな「医師の需給に関する検討会」（以下、「本検討会」という。）が開催されることになった。

- 本検討会では、平成 17 年 7 月、喫緊の課題である地域別、診療科別の医師の偏在解消に資するため、中間報告として、「当面の医師確保対策」を取りまとめた。厚生労働省では、これに並行して、総務省および文部科学省とともに関係省庁連絡会議を開催し、平成 17 年 8 月には「医師確保総合対策」が策定された。また、本年 6 月に成立した「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部改正」において、都道府県を中心に地域の医師等の確保を図るための枠組み（地域医療対策協議会）が創設されるなど制度面での対応を行ったほか、予算や診療報酬での対応も行うなど各般にわたる取組みを行った。

- なお、全国知事会からも、平成 17 年 12 月、医師の地域や診療科の偏在を解消するため、実効性のある対策に取り組むことを求められている。

- この後、本検討会において新しい医師の需給見直しを作成するには、医師の勤務状況を把握することが必要ということになり、平成 17 年 12 月から 18 年 1 月にかけて、医師の勤務状況に関する調査を行った。

- 平成 18 年 4 月以降、国会において、上記法律案の審議が行われたが、この中でも、地域や診療科に関する医師の確保方策が大きな論点となった。

- 本検討会報告書は、国会等における議論も踏まえて行われた 15 回の議論を経てまとめたものである。

2 医師の需給に関する現状

(1) 全体の状況

- 現状では、年間約 7,700 人程度の新たな医師が誕生している。また、2 年ごとに行われる医師・歯科医師・薬剤師調査では、7,000~8,000 人程度が増加していることから、退職などを差し引いた、医師の増加数は年間 3,500~4,000 人程度と概算される。
- 病院・診療所別にみても、それぞれ増加が見られる。病院と診療所に勤務する割合の推移を年齢階級別にみると、各年齢階級での大きな変化は見られない。近年の診療所に勤務する医師の増加は、一般には、前述の医学部入学定員の増加に伴い、診療所勤務の割合が高い高年齢層での医師数が増加していることによるものと考えられる。
- 都道府県別に医師数の変動をみると、平成 10 年と比較して、すべての地域で人口当たりの医師数の増加がみられるが、一方で依然として都道府県間の格差は縮小していない。
- 後述するように、全体の需給とは直結しないが、地域別・診療科別の医師の偏在は必ずしも是正の方向にあるとは言えず、また、病院・診療所間の医師数の不均衡が予想される等の問題があり、厚生労働省は関係省庁と連携して効果的な施策等を講じることが必要である。

(2) 病院における状況

- 病院に従事する医師数を、平成 14 年及び平成 16 年医師・歯科医師・薬剤師調査で比較すると、平成 14 年 159,131 人、平成 16 年 163,683 人と 2 年間に約 4,600 人が増加している。

- このように病院における医師数が増加しているにもかかわらず、一方、病院における勤務の繁忙感が経年的に強まっていることが医療現場から強く指摘されている。医師の勤務状況調査の結果によれば、3 年以上同一の施設に常勤で勤務している医師に 3 年前と比較した勤務負担を尋ねたところ、67.7%が「勤務負担が増えている」と回答している。その理由（複数回答）としては、①病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議など）(62.3%)、②教育・指導(49.4%)、③外来患者数の増加（または減少）(32.7%)、④外来患者 1 人に費やす時間(28.9%)が挙げられている。

- その他、以下のような理由があることも指摘されている。
 - ① 患者の入院期間の短縮及び患者の高齢化による診療密度の上昇
 - ② インフォームドコンセント、医療安全に対する配慮の強化
 - ③ 医療技術の向上と複雑化、多様化
 - ④ 1 年 365 日 24 時間どんな時間でも専門医に診てもらいたい等、患者側の要望の拡大
 - ⑤ 医師が作成する文書量の増大
 - ⑥ 医師の専門性の細分化による医師相互での診療依頼（コンサルテーション）の増加 等

- 入院患者に占める 65 歳以上の割合は平成 2 年には 32.5%であったが、平成 14 年には 45.2%となるなど、入院医療における高齢者の割合が増加している。

- また、上記のような病院における繁忙感に加え、勤務に見合う処遇が与えられていないこと、さらに訴訟のリスクにさらされていることも含めて社会からの評価も低下しつつあるという感覚が病院診療の中核を担う中堅層に広がり、病院での勤務に燃え尽きるような形で、病院を退職する医師が増加しているとの指摘がある。

(3) 診療所における状況

- 診療所に従事する医師数を、平成 14 年及び平成 16 年医師・歯科医師・薬剤師調査で比較すると、平成 14 年 90,443 人、平成 16 年 92,985 人と 2 年間に約 2,500 人が増加している。一方、各年齢階級別に診療所に勤務する医師の割合を見ると、あまり変化は見られない。その増加は主として昭和 40 年代後半から 50 年代の医学部入学定員増の影響を受けた 50 歳代の医師の増加によるものとなっている。

- 各年齢において人口当たりの外来受療率は低下しており、医師一人当たりの患者数は一貫して減少傾向にある。

- 今回の医療制度改革においては、入院から在宅医療まで切れ目のない患者本位の医療を提供できるよう医療機能の分化・連携を推進している。

こうした中で、診療所の医師は、かかりつけ医機能を発揮し、一次救急医療の提供や、病診の役割分担、在宅医療の実施に際し受け皿となること等が期待される。

(4) 診療科における状況

- 様々な診療科・領域において医師の偏在が指摘されているが、特に問題となっている3つの診療科について以下に記述する。

1) 小児科

- 小児科については、平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査では、14,677人と平成14年調査に比べ、約200名増加している。病院に従事する医師は、この間に8,429人から8,393人と約40人減少しているが、各年齢階級における病院に従事する医師の割合の変化は明らかではなく、臨床研修制度の開始により診療科に従事する医師の就職が遅れた影響がうかがわれる。
- 新たに小児科を志望する医師の動向については、この数年、増加傾向にある。平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査では、臨床研修制度の開始直前の平成15年に医師となり、小児科に従事している者は556名であった。これは平成15年に医師となり、医療施設で勤務している医師全体の7.7%に当たる。
- 平成18年3月に実施した「臨床研修に関する調査（中間報告）」においても、臨床研修2年次生で研修修了後の進路を決めている者のうち、約8%が小児科を志望しており、ここでは減少する傾向は認められない。

○ 小児科については、対象年齢の受療率の低下が見られるなど、少子化と相まって、全体としての医療の必要量は低下傾向にあるものの、核家族化の進行、共稼ぎ家庭の増加等にも起因して、休日や夜間の救急受診が増加し、さらに専門医志向も伴って、小児救急医療を実施する特定の病院への患者の集中など、患者の受診行動が変化している。これらの休日夜間における小児患者の9割以上は入院の必要がない軽症の患者であり、救急医療の対象者となるものは限られているのが実情である。こうした傾向に効率的に対応するためには、小児科の医師数の増加によるよりも、他職種と共同で小児患者の保護者向けの電話相談体制を整備することを含め、地域における診療所に勤務する医師が参加する休日夜間の小児医療提供体制の確立が優先されると考えられる。このためには、開業医で休日夜間診療を行うための動機付けを行うことが必要であり、地域医師会のリーダーシップが期待される。

○ 日本小児科学会は、病院における小児医療提供体制について、二次医療圏、三次医療圏における集約化を中心とした将来の在るべき姿の検討を行っており、診療所との連携の検討が十分ではないものの、他の診療科・診療分野における今後の取組みの参考になると評価できる。

2) 産婦人科

○ 産婦人科については、出生数の減少が続く中、平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査では、10,163人と、平成14年調査に比べ、455人減少している。また、この数年は、新たに就職する医師は年間約300名程

度と、相対的に低い水準で推移している。「臨床研修に関する調査（中間報告）」においても、進路を決めている者のうち、約5%が産婦人科を志望しており、臨床研修制度開始の前後で、新たに産婦人科を志望する医師の傾向に変化は見られない。分娩に関与する常勤医師数について、日本産科婦人科学会は平成18年6月に、約8,000人であるとの調査結果を発表している。

- 「臨床研修に関する調査（中間報告）」においては、専門として産婦人科を選択することを希望している者のうち、約7割が女性となっており、急速に女性の進出が進んでいる。女性医師全体からみると、小児科について2番目に志望者の多い専門分野となっている。安定的に産婦人科医療を提供するためには、今後、女性にとって働きやすい環境の整備に特に配慮する必要があると考えられる。
- 出生数の減少に伴って、出生数当たりの産婦人科医師数は横ばいで推移しているものの、このままの状況が続けば、産婦人科医の減少傾向が続くため、地域によっては、妊婦にとって産科医療の利便性が損なわれることが想定される。また、新たに就職する医師は、特定の病院に集中する傾向が見られており、各施設は産婦人科医として従事することの魅力を向上させる必要がある。
- 一方、以前よりわが国の産婦人科医療体制は、施設当たりの産婦人科医師数が諸外国に比較して少ないことが問題点として指摘されてきた。医療においては、利便性より安全性がより重視されるべきであり、緊急事

態への対応を図るためにも、相当の産科医師の配置が可能となるよう産科医療を提供する医療機関の集約化・重点化を進める必要がある。その際、集約される側の医療機関の役割分担と共に当該地域の医療提供体制のあり方にも十分配慮する必要がある。

○ また、産婦人科医師については、比較的早期に病院を離れる傾向があるため、新規の就業者の確保に加え、退職を抑制するための方策を講じる必要がある。

○ 周産期医療では、可能な限り適切な医療を提供しても、一定の患者が不幸な転帰をたどることがあり、このことについて国民・患者に周知が図られる必要がある。また、患者と産婦人科医の良好な関係を維持するため、中立的な機関により医療事故の原因究明を行う制度などが必要であるとの指摘があった。

○ なお、助産師が病院で外来における妊婦健診や正常分娩の介助を行う体制をつくることにより、産婦人科医の負担の軽減・業務の効率化と共に、妊産婦のケアの向上が期待される。

3) 麻酔科

○ 麻酔科については、平成 16 年医師・歯科医師・薬剤師調査では、6,397 人となっており、平成 14 年に比べ、310 人が増加している。また、臨床研修制度の開始直前の平成 15 年に医師となり、麻酔科に従事している者は 339 名であった。「臨床研修に関する調査（中間報告）」におい

では、進路を決めている者のうち、約6%が麻酔科を選択しており、増加傾向にある。

- 麻酔科は、基本的に病院で勤務を続ける診療科であり、また、麻酔科医は相対的に若い医師が多いことから、現在の状況が続けば、全国的には堅調に増加傾向が続くものと考えられる。
- 麻酔科医師の需要については、手術件数の増加や、医療安全の観点から全身麻酔を麻酔科医が実施する傾向が強まったこともあり、麻酔科医に対する需要が高まったものと考えられる。麻酔科医は病院において外科関連業務の中で欠かすことができない要素となっており、麻酔科医の確保ができないことによって、手術の実施の延期・中止などが起こりうる。一方で、特に中小規模の病院において必要とされる麻酔科医の人員が限られるために業務の負担が集中しやすい傾向がある。こういった麻酔科の特性を考慮し、無理のない効率的な体制で麻酔科医の関与する医療を実施することが必要である。
- 麻酔科医は男女とも徐々に麻酔科医から離職する傾向があることから、女性医師の子育て等による離職を抑制することに加え、男性医師も対象として勤務条件の改善やキャリア形成の支援等により離職を抑制することでさらに麻酔科医を確保できると期待できる。
- 麻酔科医の業務に対する認識については、日本麻酔科学会が行った調査では、麻酔科医からは「社会的評価の高い仕事」とした回答が

22%にとどまる一方、麻酔科医以外からは「麻酔科医への謝金・給与が他科に比べ高い」といった指摘が多くあり、このように病院における麻酔科医への評価が相対的に低いことが麻酔科医の勤務を続ける動機を弱めているとの指摘がある。麻酔科医の不足が言われている一方で、麻酔科医のいる施設において業務量の増加に見合った採用枠の増加が認められないことも、麻酔科医側からの問題として指摘されている。各病院においては麻酔科医の意見を尊重した体制づくりが求められる。

- 日本麻酔科学会は、病院内での業務の効率的な実施や、地域圏内で麻酔科医の他施設への兼業を認め、相互に状況に応じた支援を行うことにより、救急医療等、地域で緊急に必要な医療の実施を円滑にするべきとの提言を行っており、その可能性について検討が必要である。

3 医師の需給に関する見通し

医師の需給に関する見通しの概要は以下のとおりである。なお、詳細は、別添報告書のとおりである。診療科別の見通しについては前述した。

(1) 医師の需給についての基本的考え方

- 今回の推計も、前回と同様に、将来の受療動向を推計し、これに人口構成の将来推計を併せて、基本的な医療需要の変動を推計し、この変動に見合う医師数を将来の必要医師数としている。
- 前回は、医療需要の変動に合わせた医師数を推計するに当たり、医療法に定められた患者当たりの標準となる医師数を基礎として検討したが、

今回は、実際の医師の勤務状況を調査し、これと将来の医療需要の変動推計を併せて検討したものであり、実際の医療現場の状況をより反映したものとなっている。

- また、入院需要の変動を検討するに当たり、前回は入院受療率（ある時点での人口当たり入院患者数）に基づいていたが、現状では入院期間の短縮化が進んでおり、これに基づいて今後の入院需要を推定すると、将来の入院需要を実際の負荷よりも軽く評価することになるとの指摘もあった。そのため、今回は一定期間内に入退院する患者数（入院患者数および退院患者数）の動向に基づいて推計することとした。この方法は、医療処置の密度が高い急性期医療を重点的に評価するという特徴がある。
- さらに、年齢ごとに1回ごとの入院や外来にかかる医療処置の量が異なっていることを考慮するため、年齢階級ごとの1回当たり医療処置の量の比を推計し、これに基づく調整を行うことにより、人口の高齢化等の影響を考慮している。今回の推計では、入院・外来とも年齢階級別1回当たり医療費を用いている。
- なお、医師の養成には、6年間の医学部における教育と、2年間の臨床研修に加え、専門分野における数年間の時間が必要となる。そのため、医師数全体、特に臨床に従事する医師について増加、または減少させるという議論を行う場合、医学部入学定員による調整は、実際にそれが一人前の医師の誕生という効果を得るまでに少なくとも10年程度の時間が必要となることを認識しておく必要がある。さらに、いったん養成さ

れた医師の専門性を転換する場合にも多くの労力と時間が必要となる。

(2) 医師の供給の見通し

- わが国では、海外からの医師の流入はほとんど無いため、わが国における医学部の卒業生数がほぼそのまま新たな医師数になる。したがって、大学医学部の定員数により、事実上将来の医師数を見通すことが可能となる。
- 年齢階級毎の分布をみると、40歳代前半以下の世代では、医師の養成数がほぼ一定となっていることを反映し、各年齢はほぼ7,000人程度で一定となっている。医学部の定員が一定であるとする、今後は医学部定員が大きく増加した昭和40年代以降に入学した、今後50歳以上となる医師が、増加数の中心となる。
- 女性については、子育て等が理由であると推測される若年層における就労する人数の低下が、一般女性より少ないものの認められる。女性の就業割合は、医籍登録以降徐々に低下し、11年目には、男性に対して82.9%となる。医籍登録後12年目以降は上昇し、30年目以降は再び低下するが、35年目には、男性の就業率も低下するため、男性と女性はほぼ同等になる。医籍登録後45年目まで累積した男女の就業割合は、女性は男性の92.4%となる。
- これらを考慮した見通しとしては、現状の医学部入学定員で推移すれば、無職や保健医療関係以外の業務に従事している医師を除いた全ての医

師数（医療施設以外の従事者を含む医師数）は、平成 27 年（2015 年）には 29.9 万人（人口 10 万対 237 人）、平成 37 年（2025 年）には 32.6 万人（人口 10 万対 269 人）、平成 47 年（2035 年）には 33.9 万人（人口 10 万対 299 人）となると推計される。また、医療施設に従事する医師は、平成 27 年（2015 年）には 28.6 万人（人口 10 万対 227 人）、平成 37 年（2025 年）には 31.1 万人（人口 10 万対 257 人）、平成 47 年（2035 年）には 32.4 万人（人口 10 万対 285 人）となると推計される。

- なお、平成 10 年に行われた検討では、医師の労働力提供を 70 歳までとされていたが、医師・歯科医師・薬剤師調査における現在の回答状況及び就労状況にかんがみ、今回は上限を設定していない。

（3）医師の需要の見通し

- 今回の需要の見通しの検討においては、国民皆保険とフリーアクセスが確保されている中、現状で総量としては、基本的には国民が必要としている医療を提供しているものと仮定し、医師の勤務時間の現状と、勤務時間のあるべき姿とのギャップを現状の医師数に上乘せした人員を現在の医師必要数と置いた。必要医師数の算定に当たっては、医師の勤務時間を週 48 時間とおいた。これによれば、平成 16 年（2004 年）において、医療施設に従事する医師数が 25.7 万人（病院勤務 16.4 万人 診療所勤務 9.3 万人）（医療施設以外の従事者を含む医師数 26.8 万人）であるのに対し、医療施設に従事する必要医師数は 26.6 万人（医療施設以外の従事者を含む必要医師数 27.7 万人）と推計される。

- なお、上記の推計は、医師が医療機関において過ごす時間のうち、診療、教育、他のスタッフ等への教育、その他会議等の時間を勤務時間と考え、これを週 48 時間までに短縮するのに必要な医師数から求めたものである。また、仮に、休憩時間や自己研修、研究といった時間も含む医療施設に滞在する時間を全て勤務時間と考え、これを週 48 時間までに短縮するには、医療施設に従事する必要医師数は 31.8 万人と推計され、前述の 25.7 万人との差は 6.1 万人（病院勤務 5.5 万人、診療所勤務 0.6 万人）となる。しかしながら、休憩時間や自己研修は、通常は勤務時間とは見なされない時間であり、これらを含んだ時間を全て勤務時間と考えることは適切ではない。

- また、仮に、診療を行っている時間のみを勤務時間とすると、すべての年代でこれを週 40 時間までにするには、医療施設に従事する必要医師数は 26.9 万人と推計される。

- 将来推計に当たっての試算方法は以下の通りである。

- 将来の医療需要を推計するに当たっては、まず、外来受療率、人口当たりの退院回数率について、以前の値から指数曲線によって回帰した場合（回帰法）、現在の値を将来にもそのまま当てはめた場合（固定法）、回帰による変動幅を 3 割までに限定した場合（限定法）といった方法でそれぞれ将来推計を行った。

- 次に、外来受療率、人口当たりの退院回数率の推計値に将来人口を乗じ

てそれぞれ外来医療および入院医療の需要について将来推計を行った。さらに、患者の実際の医療ニーズを反映させるため、これに年齢階級別 1 回当たり医療費の比率による調整（重み付け）を行った。次に、現在の入院と外来の医療費の比率に従って外来医療と入院医療を合わせた将来の医療需要の変動を推計した。必要医師数の変動はこの将来の医療需要の変動に一致すると仮定した。

- 年齢階級別の受診 1 回当たり医療費による重み付けを行った外来診療の需要の動向は、これまでの動向に基づいた回帰法では、平成 52 年（2040 年）には現状の約 7 割の水準まで低下する。また、現在の受療率が続くとした固定法では平成 40 年（2028 年）頃に現在の約 1.2 倍の水準でピークとなりその後は緩やかに減少する。回帰による受療率の変動幅を現状の 3 割までとすると（限定法）、平成 52 年（2040 年）には現在の約 9 割の水準まで低下する。

- 年齢階級別の入院一回当たり医療費による重み付けを行った入院診療の需要の動向は、これまでの動向に基づいた回帰法では、今後上昇を続け、平成 52 年（2040 年）には現状の約 1.7 倍に達する。また現在の退院率が続くとして仮定した固定法では、平成 42 年（2030 年）には現状の約 1.3 倍に達し、その後、ほぼ横ばいに推移する。回帰による人口当たりの退院回数率の変動幅を現状の 3 割までとすると（限定法）、平成 52 年（2040 年）に約 1.4 倍となる。これらのいずれの推計においても平成 27 年（2015 年）頃までほぼ一致して約 1.2 倍まで上昇する。

- 外来と入院を現在の医療費の比率によって合わせた全体の需要の動向については、固定法では、平成 40 年(2028 年)に現在の 1.24 倍に達し、その後は横ばいとなる。回帰法では、平成 52 年(2040 年)に 1.16 倍となるまで増加する。限定法では、平成 52 年(2040 年)に 1.15 倍となるまで増加する。回帰法と限定法は平成 52 年までほぼ重なって推移する。この動向に、現在の必要医師数を併せて変動させると、例えば限定法では、徐々に必要医師数が増加し、平成 52 年(2040 年)には医療施設に従事する必要医師数は 31.1 万人(医療施設以外の従事者を含む必要医師数 32.6 万人)となると推計される。

(4) 病院・診療所別に見た医師の需給に関する見通し

1) 病院・診療所別に見た医師の供給の見通し

- 医師は、就業開始後、時間が経過するに従い、病院勤務から診療所勤務に徐々に移行する。仮に、病院勤務から診療所勤務に移行する割合が現在の値のまま一定であるとした場合の将来の病院・診療所別に勤務する医師数を予測すると、今後の医師数の増加は、50 歳以上の医師が中心となるため、診療所に勤務する医師の増加に比べ、病院に勤務する医師の増加は限られたものとなり、平成 37 年(2025 年)には、病院で勤務する医師は約 17.8 万人、診療所で勤務する医師は約 13.4 万人になり、病院で勤務する医師についてはこれ以降横ばいになる。平成 47 年(2035 年)には、病院で勤務する医師は約 17.8 万人、診療所で勤務する医師は約 14.5 万人になりその後安定すると予測される。

(平成 47 年の病院従事者 対 診療所従事者=55 : 45、現在は 64 : 36)

2) 病院・診療所別に見た医師の需要の見通し

- 病院における医師の需要予測を行うと、病院における医師は、診療時間のうち、6割の時間を入院診療に費やしており、入院医療の需要予測では、例えば限定法では、平成52年(2040年)には現状の約1.4倍となる。一方、病院に勤務する医師数は、現在の16.4万人から17.6万人まで7%程度の増加にとどまると推計される。このような状況から長期的に見て、病院に大きな負荷が生じる可能性がある。ただし、病院で勤務する医師の診療時間の4割が外来に費やされており、病院が入院機能に特化することにより需要を軽減することが可能である。

(5) 医師の需給の見通し

- 将来の医療需要の推計に当たってこれまでの推移と現状とのバランスをとった「限定法」を用いると、医師の需給の見通しとしては、供給の伸びが需要の伸びを上回り、平成34年(2022年)に需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給されるという結果になった。しかし、需要は、医療政策をはじめとして様々な要因の影響を受けるため、確定的ではない。
- ただし、これは、現在の医師の勤務状況について、診療や教育など医師の勤務として必須と考えられる時間を基礎としており、自己研修や研究、休憩時間などを含め、各医師がゆとりを持って勤務するためには、各病院や各地域の医療提供体制・医師の業務を見直し、医師が限られた時間の中で本来の業務に専念できるような体制づくりが必要であることに留意が必要である。

- さらに、病院と診療所との関係については、今後、病院に勤務する医師の増加に限られる一方、入院医療の需要が増大する可能性があり、これに対応するためには病院と診療所の間で、医師の配置と、例えば病院が入院医療に専念するような業務の分担を調整する必要がある。

4 今後の対応の基本的考え方

- まず、現状をまとめると、病院、診療所とも、医師数は一貫して増加しており、また、地域でみても全ての地域で増加している。ただし、地域間の格差は必ずしも減少の方向には向かっていない。
- 地域における医師配置の問題は、地方を中心に、大学病院における卒後臨床研修医を始めとした若手医師が減少するとともに、研修医に対する指導体制や医療提供体制の確保に努める必要が生じたことから、大学が従来のように地域の医療機関等からの医師紹介の要請に応じることが困難になりつつある一方、臨床研修や、臨床研修修了後の研修として、地域の病院又は病院群によって医師を育成するシステムがその緒についたばかりであることや、大学からの紹介に代替する医師の紹介・派遣システムが確立していないことに大きく起因するものと考えられる。したがって、医師の確保が困難な病院における勤務を含みつつも専門診療能力の獲得につながるなど魅力のあるキャリアパスを示して地方勤務の動機付けを行うことが重要である。
- 医師の養成には時間がかかること、また、多額の国費が投入されているこ

とを踏まえれば、医師数が大きく過剰になるような養成を行うことは適当ではない。一方で、医師の繁忙感や不足感に対応しつつ、増大する国民の期待に応えるためには、医師の定数のあり方に加え、医療機関の適正な配置のあり方を含む地域における医療提供体制のあり方を見直すと共に、病院内の業務のあり方の見直し等による生産性の向上を図ることが必須となる。まず地域に必要な医療の提供のあり方を医療計画等で明確にすると共に、医師の業務の効率化や質の向上を図る観点から、看護師等の医師以外のスタッフの充実やスタッフ間の役割分担の見直しを図る必要がある。業務効率が向上すれば、患者に対し十分な医療の提供ができるだけでなく、医師の勤務環境の改善にもつながることが期待できる。

- また、医療資源と医療従事者が限られていることを考えれば、医療の受け手である患者・国民に正しい情報を提供し、課題に対する意識を共有することが重要であり、今後、行政、保険者、医療提供者、マスコミ等各般の主体による総合的な取組みが必要である。

(1) 地域に必要な医師の確保の調整

- 現在起こっている地域・診療科における医師不足は、従来からの地方医大における地元出身者の割合が限られていることに加えて前述のとおり近年の医師の流動化等により、大学により大きな差はあるが大学が従来のように、全ての医師紹介の要請に応じることが困難になったことによって生じていると考えられる。
- そのため、まず、大学を含む地域内の医療機関や関係者が参加して、地

地域の医療ニーズをきちんと把握した上で、医師の配置について認識の共有と、地域に必要な医師の確保の調整を行うシステムの構築が急務である。これは、医療法の改正に盛り込まれた地域医療対策協議会がその役割を果たすこととされており、都道府県が運営の中核を担うことが求められる。

- これらの取組みに当たっては、その調整は簡単ではないが、医師にとってキャリアパスや処遇といった点で魅力があり、併せて持続可能な医療提供体制とするため、国を含む行政、医師会、医療機関、学会、大学等が総力を挙げて実施する必要がある。
- なお、種々の施策を講じているにもかかわらず、その地域だけでは必要な人材を確保できない場合については必要に応じて国も医師の確保について都道府県を支援することが必要である。
- 地方公共団体が設立・運営する病院間においては、連携体制を構築し、医師本人、病院開設者である首長、大学、地域住民の理解を得て、同一組織内のみならず地域内での医師の効果的な配置・相互の異動を実施することが期待される。
- また、傘下に多数の病院を有する国立病院機構、日本赤十字社、済生会等の団体にあつては、組織内の医師の効果的な配置・異動の取組みが行われており、一層の成果が期待される。

(2) 手術等の医療を担う地域の中核的な医療を担う病院の位置付け

- 病院の役割としては、手術等や救急医療のための入院医療を適切に実施することが最も重要である。医師をはじめとした、病床当たりのスタッフ数は、諸外国に比較して限られていることが指摘されており、人員の配置や効率的・有効的な病院内のシステム、資金の配分等について、病院間あるいは病診の役割分担の在り方も含め、地域において中核的な医療機能を果たす医療機関の位置付けが必要である。この際、病院における外来診療の在り方をあわせて検討する必要がある。

(3) 持続的な勤務が可能となる環境の構築と生産性の向上

- 医師不足の声が上がっている診療科や地域では、医師の人数が少ないために、長時間拘束されることなど、元来、勤務の継続が困難であることが指摘されている。これは個々の病院の問題としてだけではなく、地域の課題として効果的・効率的な医療サービスの提供体制を構築する必要があり、必要とされる医師の確保・養成と並行して地域で医療機能の集約化・重点化を行い、医師への負担を軽減することや、各病院においてもスタッフ間の連携と協働による実効性のあるチーム医療体制の整備などで、持続的な勤務が可能となる環境を構築する必要がある。併せて、いつでも相談に応じるという安心感で患者とかかりつけ医が結ばれ、地域におけるかかりつけ医の機能を強化することにより、病院への過度の患者集中を軽減することも求められる。

- また、今後女性医師の比率が上昇していくことも踏まえ、まず、女性医師が医療に欠かすことのできない貴重な担い手であることを、医療機関

を始めとする関係者が十分に認識し、多様な勤務形態の確保や、院内保育所の優先的な利用といった、出産や育児など多様なライフステージに応じて切れ目なく働くことが可能となる環境を整備することにより、特に病院における継続的な勤務を促す必要がある。これらの取組みは、医療以外の分野においてすでに多くのノウハウの蓄積があり、これらを周知することや、医療分野における実践成果の情報交換を行うなどにより、各医療機関の取組みを促進することが必要である。

- 今後の医師の供給見通しとしては 40 歳代以下の医師数はほぼ一定となり、50 歳以上の医師の増加が続く。そのため、今後は、中堅層のキャリアの形成を視点に入れ、短時間勤務や交代勤務等による勤務体系の多様化などにより、さまざまな年代の医師が病院において長期に勤務できるシステムを構築する必要がある。
- 持続的な勤務が可能となる環境の構築は、産婦人科など不足が指摘される診療科で、退職者を抑制する効果が期待できるだけでなく、新たに就業する医師数を増加させるためにも必要である。
- また、医師が行っている事務作業など業務の内容を確認し、事務職など他の職種で対応できる業務を見直すことにより、医師が本来の業務に専念できるような体制をつくる必要がある。これにより、患者に対し十分な医療が提供できると共に、医師の過度の負担が軽減されることが期待される。

- なお、医療事故等の患者と医療機関との間の紛争については、医療提供体制の充実により、その未然の防止に努めることが必須であり、その上で、医療機関が組織的に対応することにより、医師の勤務継続の動機を下げるような過度の負担を負わせないことが求められる。さらに、前述のとおり中立的な機関により医療事故の原因究明を行う制度などが必要であるとの指摘があった。

(4) 地域における医師の確保に関する取組み

- 地域間偏在の調整が困難な中、大学医学部の入試における地域枠の設定や、地方公共団体が取り組んでいる9年間程度の勤務地を指定した奨学金の設定、さらには地域枠と奨学金の連動は、地域における医師の確保に一定の効果が期待されるので今後一層推進・拡大すべきである。
- 「臨床研修に関する調査（中間報告）」では、研修修了後の進路選択に当たって、十分な情報に基づいて判断していないことが推測される結果が示されている。医師の確保を希望する各主体は、研修内容や処遇について十分な情報提供を行うことが求められている。

(5) 臨床研修制度の活用等

- 臨床研修制度により全ての医師がプライマリ・ケアのための基本的な診療能力を身につけることは、中長期的には専門細分化された非効率的な医療提供の解消に資するものであり、今後とも推進することが必要である。なお、臨床研修制度については、施行5年以内の見直しが規定されているが、それを待たずに地域別、診療科別の医師偏在緩和に資するこ

とができるよう、補助制度の見直しを含めて、適切な措置を講じることが必要である。また、臨床研修修了後のいわゆる後期研修において、特定の大学・病院に医師が集中しないような措置を検討することが必要である。

(6) 国民の期待する専門診療と診療科・領域別の医師養成の在り方の検討

○ 全体の医師数が不足か足りているかという議論は、現実と遊離したものになりやすい。一方、診療科別の必要医師数については、その算定方法等個々の困難はあるが、今後、病院機能の再編成、病診の役割分担、専門医の位置づけ・役割等を踏まえ、また効果的な誘導策等も考慮しつつ、その養成の在り方も併せて、検討することが望まれる。

○ また、診療科・領域別の必要医師数は、各診療科・領域に係る医療の提供体制のあり方により大きく異なる。したがって、診療科・領域別の必要医師数を検討する前提として、これらの医療の地域における提供体制を検討する必要がある。その検討に資するため、各診療科や専門医療について、議論の出発点として共通のイメージがあることが有効である。国民の医療に対する期待は、一般的な医療については身近なところで患者の抱える問題の解決につながる丁寧な対応を求めている。また、専門的な医療については十分なレベルで提供されることを求めている。これに応えるよう、各診療科や専門医療の関係学会は行政とともに、医療機関相互の連携を含む、有効で効率的な医療提供体制のあり方についてイメージを作成することが期待される。その際、地域における医療の提供が持続でき、各診療科や専門医療に従事する医師の研修から退職までを

一貫して視野に入れたキャリアプランの作成と、その促進方策の検討も併せて行うことが求められる。これにより、医師は、将来の見通しが分からないことによる不安が解消され、利点と欠点を十分に理解して各診療科・専門分野への就職を判断し、定着することが期待される。

- 上記の医療機関相互の連携が機能し、患者が安心して医療機関を受診すると同時に、医療提供側にとってもその果たすべき機能が最大に発揮できるよう、患者にとって適切な受診につながる情報が十分に提供されることも必要である。

(7) 医学部定員の暫定的な調整

- 前述のように、医学部定員の増加は、短期的には効果がみられず、中長期的には医師過剰をきたす。そのため、医学部定員の調整は、基本的に中長期的な観点に立って検討すべきものである。一方、医師数の地域間格差は、必ずしも縮小しておらず、(へき地を含む)地域における医療体制の確保は喫緊の課題であることから、すでに地域において医師の地域定着策について種々の施策を講じているにも係わらず人口に比して医学部定員が少ないために未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、さらに実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要がある。

5 おわりに

- 国民の医師充足感は、全体の医師数のみではなく、国民の医療に対する質に関する期待をはじめ、時代、環境の変化を含めた多くの要因によっ

て影響を受けるものである。

- 今回の推計では、長期的にみれば、供給の伸びは需要の伸びを上回り、マクロ的には必要な医師数は供給されるという結果になった。しかしながら、これは短期的・中期的にあるいは、地域や診療科といったミクロの領域での需要が自然に満たされることを意味するものではない。
- 4で記述した基本的考え方を実現するため、国、都道府県、医師会、病院、学会、大学等は、質・量とも十分な医療を確保するために必要なそれぞれの役割について責任を果たすことにより、国民・患者とこれに実際に接する医師との良好な関係を築くことが不可欠である。
- 特に、国に対しては、今回の医師の需給に関する検討会で示した方針、施策を適切な検討の場で速やかに具体化し、今後とも医師確保対策を不断に実施することを求める。

医師の需給推計について（研究総括中間報告）

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金
 （医療技術評価総合研究事業）
 「日本の医師需給の実証的調査研究」
 主任研究者 長谷川敏彦より

I. 基本的考え方

1. 基本モデル

本推計は 2005 年から 2040 年の間の医療需要に対して医師の供給の見通しについて検討するための資料を提供することを目的としている。

「医療需要」は診療に必要とする医師を入院（退院患者数）と外来（外来患者数）の推計を基に算出し、さらにそれぞれの患者の重症度を勘案し、そして現状の医師の労働時間を制限した場合を試算した。「医療供給」は現在の男女別卒後就業率を前提として男女別医学部入学者に対応した将来医師数をコホート推計法を用いて算出した（図 1）。

このように推計された「需要」と「供給」は実は実際の医師の頭数を意味するのではなく、診療に必要な労働量を頭数で表したものである。従って「需給」の比較に際しては単に人数のみならず、一人の医師もしくは医師が所属するチームの生産性をあわせて判断することが必須となる。

医師の需給算定式

$$\begin{aligned} \text{供給} &= \text{医師数} \times \text{生産性} & , & \quad \text{医師数} = \text{各年登録数} \times \text{卒後就業率} \\ \text{需要} &= \text{患者数} \times \text{重症度} & , & \quad \text{患者数} = \text{年齢階級受診率} \times \text{将来人口} \end{aligned}$$

なお診療に従事する以外の医師の必要数については現状の卒後年数毎の就業率と変わらないと想定し算出した。

図1 臨床医師需給バランス

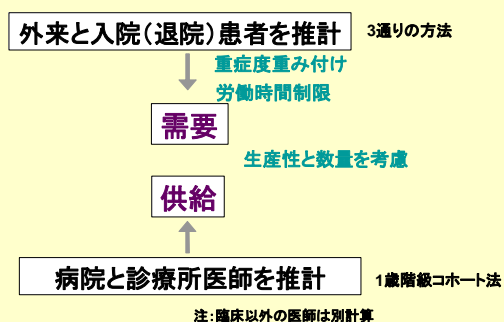
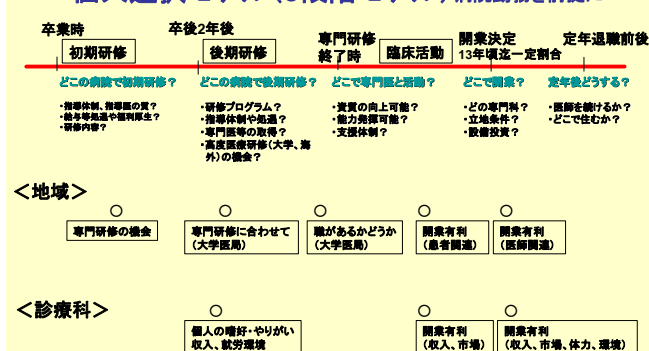


図2 個人選択モデル(5段階モデル) 病院勤務を前提に



2. 2つのレベルのモデル

全国の必要医師数は「国レベル」で決定し、医学部入学定員の見直しや、外国人医師導入、診療の効率化等、国全体に影響する政策の決定によって決まる。

一方、地域や診療科の偏在は個々の医師の意思決定が積み上げられた結果による。「個人レベル」でのキャリアの決定は職業人生の節目で「地域」病院、診療所等の「職場」、そして「診療科」を選択する。偏在の是正の為には、これらの意思決定を誘導する政策の想定が必要である。

従って地域や診療所の選定に関するモデルは、例えば図2の如く節目での要因を考える必要がある。

今回は日本の将来に必要な医師数全体を検討するため「国レベル」のモデルを扱う。

分析レベル総括

「国レベル」日本全体に必要な医師数

影響要因：医学部定員増、外国人医師の流入、医療システムの効率化

「個人レベル」個人の決定

影響要因：医師の研修・専門分野（診療科）、就業地域の選択

3. 推計に用いたデータ

医師数に関連しては「医籍登録」、「医療施設調査」、「医師、歯科医師、薬剤師調査」（3師調査）の3つの情報源がある。「医籍登録」は各登録年での登録医師数は正確に把握されているが、その後の活動は追跡されていない。「医療施設調査」のみでは医師の詳細な情報は不明である。一方「3師調査」では2年に1度、医師の活動状況、就業場所、診療科などについて詳細な報告がなされる。従って今回の供給の推計は3師調査を中心に、必要に応じて医籍登録や文部省学校統計などを用いて行った。需要推計については患者数では3年毎の（1984年以前は毎年であった）の「患者調査」と「医療施設調査・病院報告」などがあるが、前者には患者の疾病、性、年齢、受診場所など詳細情報が存在するため、前者を中心に必要に応じて医療施設調査、病院報告のデータを用いた。

※注

3師調査は個人の届出によって行う調査であり、外国に居住している医師などには調査票が届かず医師総数を網羅したものではないという指摘がある。しかしながらこれまでの日本の医師数の検討は一般に3師調査を用いており、前回の推計も3師調査のデータを用いていることから、今回の推計にも妥当と考えられる。

II. モデルの設定

「供給」、「需要」、「需給」のモデルは前述の基本モデルの考え方にに基づき、更にデータの特性を踏まえて詳細に条件を設定し推計した。以下具体的な推計方法とその条件について前回と比較して提示する。

1. 供給モデル

供給モデルの基本的な考え方については、前回は就業率を勘案した生命表に基づく5歳階級モデルであったのに比して、今回は医籍登録数と3師調査を用いた卒後1年階級別コホートモデルを使っている。この手法により入学定員の変化や性別割合の変化などを1年毎にきめ細かく算定することが可能になった。また、結果も病院や診療所、性別、年齢階級別に詳細な分析が可能となっている。

入学定員は削減前の定数 7705 人に対し、今回は 2006 年の医学部定員 7700 人を用いており、長期の入学定員と医師登録数がほぼ同数であったことから、入学定員に対する医師国家試験の合格率は 1 としている。

今回は 2010 年より定年 70 歳を設けると推計していたことに対して「医師・歯科医師・薬剤師調査」における現在の回答状況及び就労状況にかんがみ今回は設定していない。

女性医師の労働量の重み付けについて前回 0.7 と設定していたことに対し、今回は設定していない。女性医師の就業率は男性医師よりも若年で低めであるが、今回のタイムスタディで就業者については男女共労働時間が殆ど不変で、またパートタイマー割合もほぼ同数であったからという理由による。加えて労働時間の制限などについては需要の側で性別の相違は勘案されるので、供給モデルでは男女同等の扱いとした。

なお前述のごとく、推計した医師数は医師の頭数を表すものではなく、労働量を表すので、その中には生産性も含まれ、需給の比較に当ってはそれを勘案することが必要であることに留意されたい。

表 1 供給モデル

方法	前回	今回
基本概念	生命表に基づき就業率を勘案した年齢 5 歳階級モデル	医籍登録と 3 師調査に基づく就業率を用いた卒後 1 年階級コホートモデル
就業率	3 師調査 (5 年ごと)	3 師調査数/登録数 (免許取得後 1 年毎、男女別 病院、診療所別)
過去基点医師数	7705	各年度登録医師 (1 年毎、1945-2004)
入学定員	7705	7700 (2006 年医学部定員)
入学定員対合格率	0.98	1
定年	2010 年より 70 歳	無
女性の労働量に関する重み付け	女性 0.7	性別の就業率を反映
参考		需給比較時、生産性も勘案

2. 需要モデル

需要は入院と外来、非診療活動にわけて推計した。

1) 入院 (退院) 回数推計

入院の推計について前回との大きな違いは、前回が在院患者数に基づく推計であったのに対し、今回は退院回数に基づいている。その理由は、在院患者数は、病床数と平均在院日数に関係するため、病床数が減少し、平均在院日数が減少している今日では、正確に需要の動向を反映するとは考え難い一方、退院回数に基づく、在院日数や病床数が変化しても、1 回の入院に必要な労働量は一定と考えられるので、真の需要を把握するには、より優れた手法と考えられる。

年齢階級別受診率の将来推計については、患者調査の 1984 年～2002 年までのデータから 5 歳階級別の人口当たりの退院回数率を用いて算定している。

将来の受療率は、第1に2002年の値を「固定して用いる方法（固定法）」、第2に1984年～2002年までの「対数回帰を用いる方法（回帰法）」、更に一部の年齢階級は極端に減少増加することから、前回にも用いられた30%以内に「変化を限定する手法（限定法）」の3つの方法を用いて算出した。これら3つの方法による将来の受療率を将来人口に掛け合わせて退院回数を推計した（表4）。

表2 需要モデル入院活動

方法	前回	今回
入院 患者数 将来推計	入院（在院）受療率（年齢調整）を30%以内に変化をとどめて対数回帰により将来推計一般（3カ月未満、3-6カ月、6カ月以上3分類）精神入院（在院）を時系トレンドで推計	退院回数の将来推計、対数を使用回帰と固定と限定（30%以内変化）の3手法による推計（5歳階級、1984-2002、2040迄）

2) 外来回数推計

「外来需要」は前は年齢調整した受療率を30%以内の変化に抑えて将来推計していたが、今回は患者調査を用いて年齢5歳階級別1日受療率を入院と同様3つの方法で将来推計し、将来の推計人口に乗じて算定した。手法は入院（退院）回数で用いた方法に準ずる。

表3 需要モデル外来活動

方法	前回	今回
外来 患者数 将来推計	外来受療率(年齢調整) 30%以内変化を含めてを将来推計	年齢階級別1日受療率回帰と固定と限定(30%以内変化)の3手法による推計(5歳階級、1984-2002、2040迄)

表4

受療率の推計

1.固定法

「2002年の性・年齢別受療率」に
「将来推計人口」を掛ける

2.回帰法

「1984-2002年の性・年齢別受療率を対数回帰」に
「将来推計人口」を掛ける

3.限定法

「回帰した受療率の変動30%以内に限定」に
「将来推計人口」を掛ける

3) 医師数で表される必要労働量の計算法

① 重症度による調整

1回当たりの入院・外来に必要な労働量は、重症度によって異なる。前回は一般と療養病床に分けて医療法に基づく職員の配置基準を勘案する手法が用いられたが、医療法に基づく配置標準員数は必ずしも医師が行う処置の必要性を反映しない。そこで今回は年齢階級別に1回当たりの医療費を算出し、それがほぼ患者の重症度を反映するという仮定のもとに、年齢階級別の重み（調整係数）として用いた（表5）。例えば入院では、若年者で低く、50-54歳以上で高くなり、若年者の約2倍となっており、現実の労働負担に近似していると考えられる。全体の需要は入院と外来の合計で求めている。

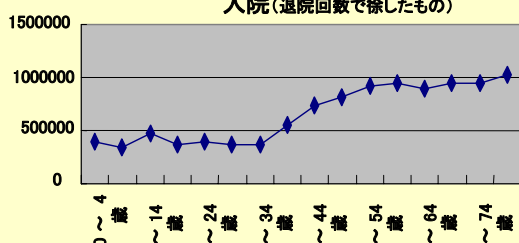
② 労働時間制限による影響

更に医師の労働時間が制限された場合、需要が増大することとなる。医師の労働時間には病院にいる時間である「滞在時間」は診療に加えて待機か休憩の時間を含み、その中でも待機時間は通常労働時間とは認められていない。また労働時間を診療のみに限った時間に想定すると、教育、会議などの医療に直接関係の深い関連の仕事が無視することになる。従って診療に教育や会議等をあわせた「従業時間」が妥当となり、それを48時間以内に制限した場合を想定して試算した。年齢10歳階級ごとに労働時間の平均値を求め、それぞれのグループが所定の労働時間を超過している場合、超過分を除いた場合の労働量を計算し、その不足分の倍率を足したものを需要に乗じて労働時間を制限した場合の需要を求めた。

表5 重み付けと労働時間制限

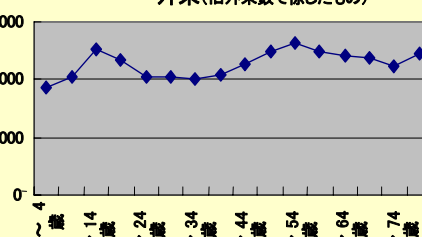
方法	前回	今回
重症度による調整	入院患者を一般病床と療養病床に分け、必要医師数はそれぞれの病床の医療法定員を10%上回る数とした	年齢階級別の入院・外来の一回当たり医療費を重症度の代替として調整
労働時間制限	なし	従業時間を48時間に制限

図3 重み付け(医療費による)
入院(退院回数で除したもの)



2002患者調査、2002国民医療費より

図4 重み付け(医療費による)
外来(旧外来数で除したもの)



2002患者調査、2002国民医療費より

③ 必要医師数の算出

必要医師数は推計の基点である 2002 年を開始点とし 2002 年に対する各種需要推計の倍率と 2002 年の医療施設従事医師数 249574 をかけて推計した。なおここでは臨床に従事する医師の需要のみを推計しており、医師数はあくまで実際の頭数ではなく頭数で表現された必要労働量を表していることに留意されたい。

4) 非診療活動

前回の推計では、医療施設で診療に従事しない医師の需要は教育活動や製薬業界、国際協力、検診、行政など、きめ細かく推計されているが、このうち、医療施設に従事する医師数を受療率からの推計に重ねているなどの課題があった。今回は卒後年別の病院と診療所で働く医師以外の医師の割合を用いて算出した。この需要は比較的少なく、全体の一定割合の医師がこの分野に従事すると仮定することは妥当と考えられる。

表 6 需要モデル非診療医師

	前回	今回
方法	各分野の必要医師数を積み上げ 老健 要介護老人 100 人当たり 医師 1 人 その他（基礎研究者、行政職等） 年間 80 人ずつ増加	総医師と臨床医師の差とし、 年齢階級別ごとに一定割合の医師が従事するとした
合計	老健 5000 人、その他 8000 人 (平成 12 年)	総医師の約 5%

3. 需給モデル

前回は単純に必要な医師数を頭数として需給を比較しているが、今回は需給を頭数ではなく、労働量として捉えており、種々の職種の能力を生かした組み合わせ即ち「スキルミックス」や入院外来のバランスを勘案した医師の生産性を考慮することが重要と考えられる。

そして推計も一通りではなく、種々の条件を組み合わせたシナリオを想定している。さらに推計の精度の課題もあり、緩衝帯として供給側に上下 5% を設置している。

このように需給の比較には各側面からの総合的な判断が必要とされているといえよう。

表 7 需給モデル

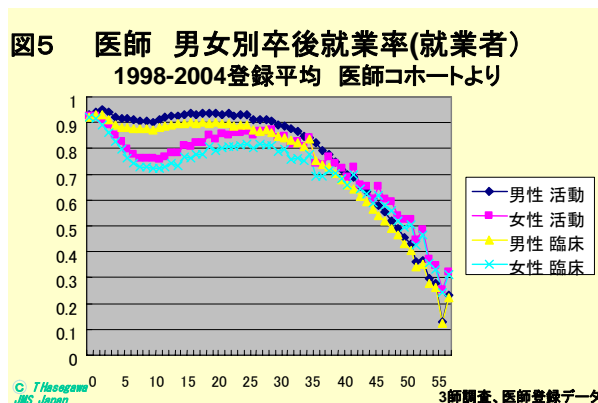
前回	今回
・ 単純に比較	・ 緩衝帯 5% を設置 ・ 多くの組合せシナリオを用意 ・ 生産性を勘案（スキルミックス、入院外来バランス等を勘案）

Ⅲ. 推計結果

1. 供給推計

1) 推計条件の検証

卒後年別就業率は医師免許登録者数で3師調査の卒後年次別医師数で除して算出し、1998年から2004年までの4点を平均して算出した。男女ともに卒後数年は100%ではなく徐々に減少し、その後女性の就業率が男性よりも低下するが、卒後40年頃逆転する。卒直後の就業率が必ずしも100%でない理由は研究や留学等、男女とも届け出困難な状況の可能性が示唆される。その後の女性の就業率の低下は他の職業の女性と同様、いわゆる出産・育児によるMカーブを示唆していると考えられる。その後、女性の就業率が男性を上回るのは、女性の平均寿命が男性よりも長いことによると考えられる。



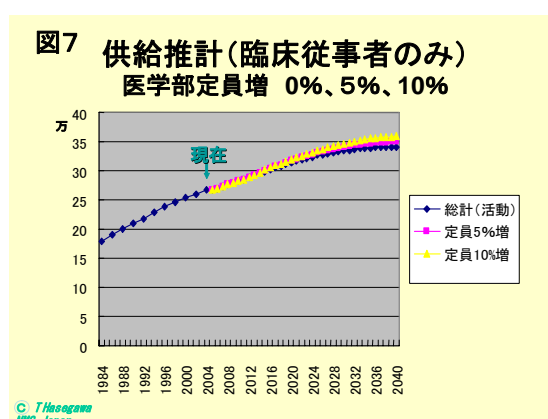
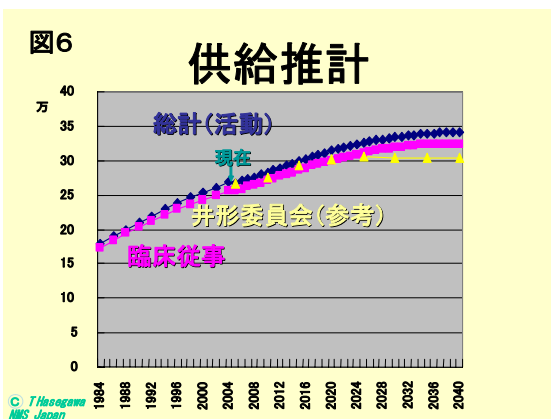
活動する就業医師と、病院診療所で働く医師の差は研究行政等の非診療系の活動に従事する割合で、男女ともに少ないが一定の割合を示している。

この率が今後も一定であるとの想定のもとに、過去及び未来の医籍登録者数の数を掛け合わせ、足し合わせたものが将来の医師数となる。

2) 医師数推計

2010年から40年までの5年毎の推計結果は表の通りであった。総活動医師数と臨床医師数の差、例えば2030年で約1.5万人は研究や行政などに従事する非臨床系の医師である。

前回の推計と今回の推計では、推計方法の違いにもかかわらず、2020年頃まではほぼ同様の値を示し、それ以降、今回の推計が上回る。その理由としては前回、70歳の定年制を2010年以降に導入すると想定したことが考えられる。人口当たりの医師数は、人口が減少することもあり、2010年に人口10万対221.1であったものが2040年には310.9になると推計される。仮に入学定員を5%、10%増加させた場合は表8に記されたとおりである。



あきらかな医師総数の増加は2030年以降まで待たねばならず、その理由は医学部卒業に6年、さらに卒後教育にも時間がかかるからと考えられる。将来の医師確保にはあらかじめ早い時期からの入学定員の増加が必要であり、逆にこれから20年前後の医師不足に対応するには医学部入学定員の増加は有効な手段でないことを意味している。

さらに少子化による出生数の低下が見込まれ、今後2030年代の後半には同一出生コホートの150人に1人が医師として養成されることとなる(図8)。

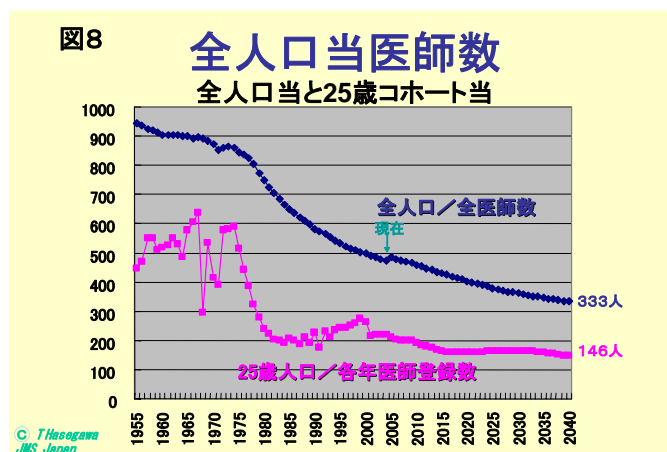


表8 供給将来推計医師数

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
活動医師数	28.2	29.9	31.4	32.6	33.4	33.9	34.0
定員5%増	28.2	30.0	31.7	33.0	34.0	34.7	35.0
定員10%増	28.2	30.1	31.9	33.5	34.6	35.5	35.9
臨床に従事する医師数	27.0	28.6	30.0	31.1	31.9	32.4	32.5
井形委員会(参考)	27.5	29.2	30.1	30.5	30.4	30.4	30.4

単位 万人

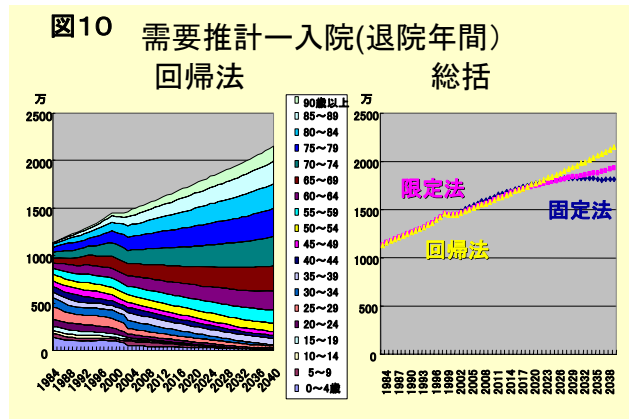
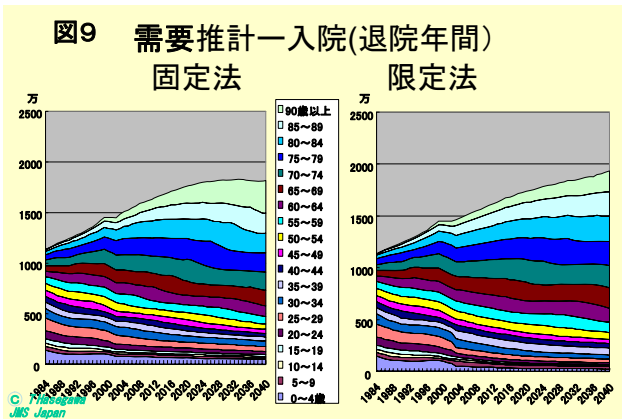
3) 供給推計の総括

- ① 井形委員会推計は2005年は今回とほぼ同数であるが、それ以降は今回の推計を下回る(70歳定年条件のため)
- ② 医学部定員増による効果は小さく、実質的な効果が現れるには2030年頃を待たねばならない
- ③ 人口当たりの医師数は人口が減少することから2040年には活動医師数は310.9(人口10万対)に増加し、25歳人口当たりで見ると約150人に1人が医師となる

2. 需要推計

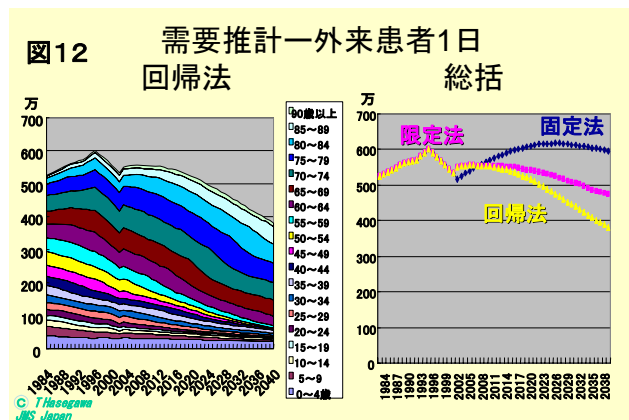
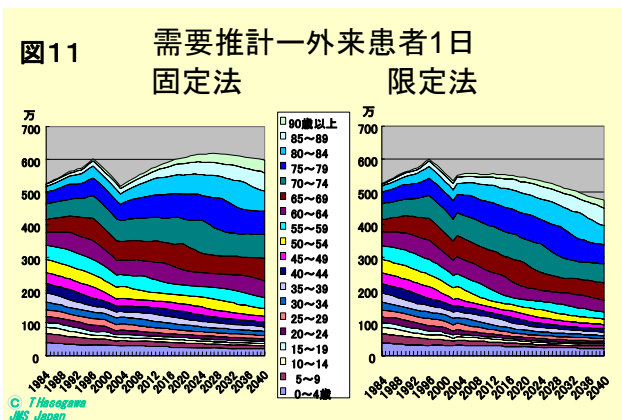
1) 需要推計3法

「退院患者数」をそれぞれ「回帰法」、「限定法」、「固定法」で推計すると、2040年には年間2100万回、1900万回、1800万回となり、2005年時点から1.19～1.44倍になると予測される。近年若年者の退院回数が減少している。一方、高齢者では人口当たりの入院回数が増加し、かつ人口が増加するので退院回数の伸びはほとんどが高齢者の伸びによるものである(図9-10)。



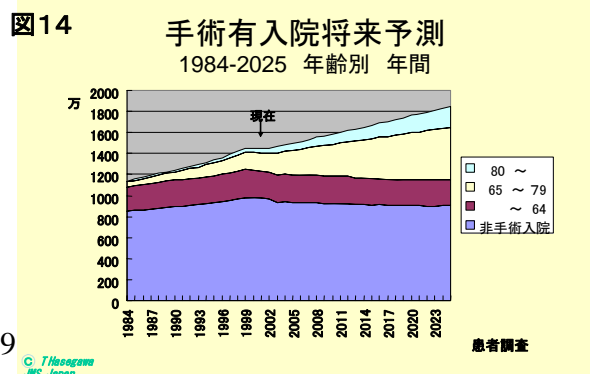
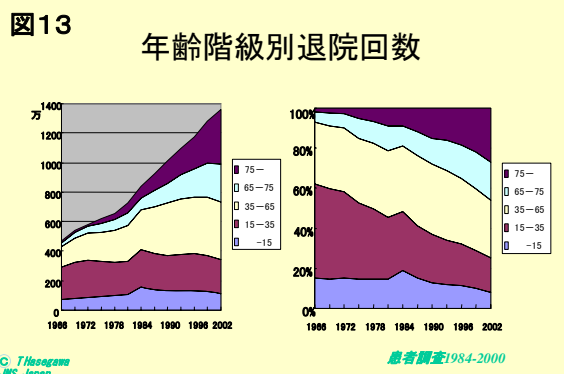
「1日外来患者数」も同様の3つの方法で将来推計すると2040年には380万回、470万回、600万回で2005年時点からの0.69~1.12倍になると予測される。外来患者は近年減少の方向にあり、推計方法によって異なるが退院回数と比して必ずしも増加の傾向を示していない。軽度の増加もしくは減少の傾向を示している。外来も同様に将来の患者数は大半が高齢者で占められる予測となっている(図11-12)。

年齢構成の観点からは入院外来共に限定法がより現実的と考えられる。



2) 入院重症度の変化

1966年から2002年までの退院患者の年齢構成の推移をみると、若年者の数は変わりなく、高齢者が増加している。世代別の割合をみると15-35歳が激減している(図13)。入院での手術の有無を見ると非手術入院と若年者の手術入院はこれまでわずかしこ増加しておらず、今後も増加が見込まれない。一方、高齢者手術入院が大幅に増加しており、年齢階級別受療率を対数回帰法を用いて将来推計すると、80歳以上の手術入院の患者数が2002年には年間約40万人であるものが2025年には約200万になると推計される。これらの分析からも患者数だけでなく重症度による重み付けが必要であることがわかる(図14)。



3) 重症度重み付けの結果

回数を年齢階級別医療費で重み付け、重症度を勘案すると、3つの推計方法共に傾向は変わらないが、変化の度合いが変わる。例えば、入院(退院)回数は2005年から2040年の間に回帰法では1.436倍増加すると推計されたが、重み付けすると1.653倍となり、10数%の需要増となる。一方減少すると推計される外来の回帰法ではあまり変化は認められない。これらの変化の度合いは表1-1に示す。ここでも入院の需要が増加すること、外来の需要はあまり変化がないことが予測される。

年齢階級別の医療費で患者の重症度を重み付けし、入院と外来を足し合わせて総需要を推計すると、図1-7の如く固定法が最も高く推計され、限定法と回帰法はほぼ同じ値を示している。入院と外来の需要予測が固定法と回帰法で逆転していることがその原因と考えられる。

図15 入院(退院回数)推計、重み付け有無

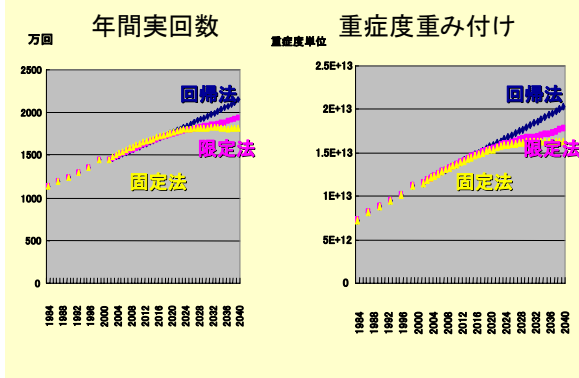


図16 外来(1日)推計、重み付け有無
1日実回数、3法 重み有、3法

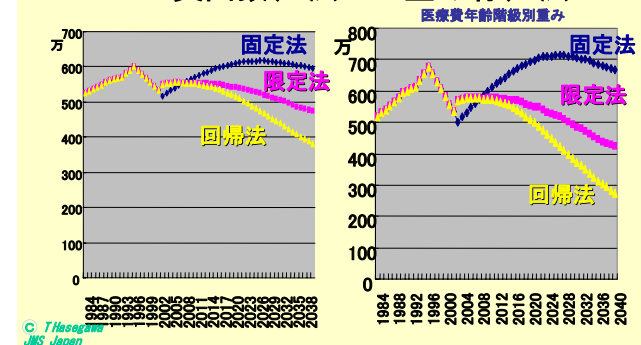
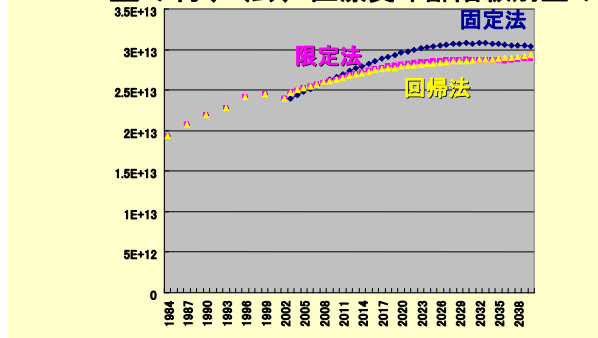


図17 需要推計、重症度
重み付、3法、医療費年齢階級別重み



4) 労働時間制限の影響

医師労働時間は年齢階級別にみるとほぼ正規分布しており、その平均は年齢が高いほど低い傾向にある。病院は診療所に比して労働時間が長い(表9、表10)

(図18、図19)。各年代の平均値を理想とする労働時間で割った労働不足倍率も、病院勤務、特に若年者で大きい(図20、図21)。従業時間を平均48時間以内に限った場合、年齢10歳階級毎に必要な人数を、平均48時間以上人数の割合を算出して年齢階級毎の医師数に乘じ、合計すると2004年で9400万人となる。次いで滞在時間を年齢10歳階級毎に平均48時間以内に限った場合は6.1万人で、病院で5.5万人、診療所で0.6万人であった。

表9 医師平均労働時間比 病院

		平均値		
		滞在時間	従業時間	診療時間
男性	20-	74.9	57.4	51.3
	30-	68.4	52.2	44.5
	40-	64.5	49.6	40.3
	50-	58.7	43.7	31.9
	60-	50.0	35.4	22.6
	70-	41.0	30.1	21.6
	80-	31.4	18.8	14.6
女性	20-	68.8	52.2	47.8
	30-	61.1	47.8	41.4
	40-	56.7	44.6	37.5
	50-	52.5	41.6	32.4
	60-	46.6	35.3	27.4
	70-	39.5	31.4	22.4

図18 平均従業時間病院常勤医師
男性 女性

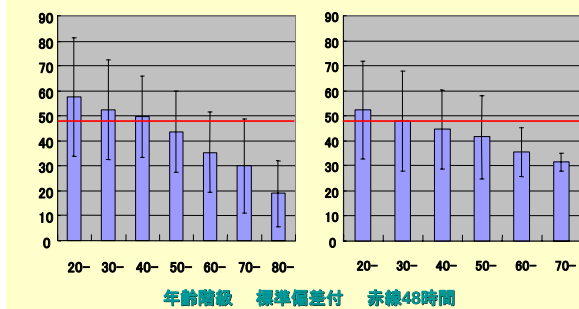
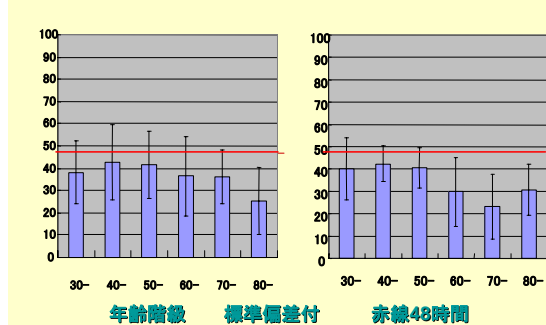


表10 医師平均労働時間比 診療所

		平均値		
		滞在時間	従業時間	診療時間
男性	20-	51.8	38.1	36.1
	30-	52.5	42.7	38.3
	40-	52.5	41.5	37.5
	50-	51.0	36.5	32.3
	60-	46.8	36.2	33.4
	70-	48.6	25.3	21.8
	80-	54.8	40.3	33.9
女性	20-	49.9	42.3	40.4
	30-	47.1	40.7	38.3
	40-	40.6	29.7	28.5
	50-	40.0	23.2	22.1
	60-	38.8	30.7	30.7
	70-	39.5	31.4	22.4

図19 平均従業時間診療所常勤医師
男性 女性



タイムスタディより

表 1 1 2040 年対 2005 年倍数

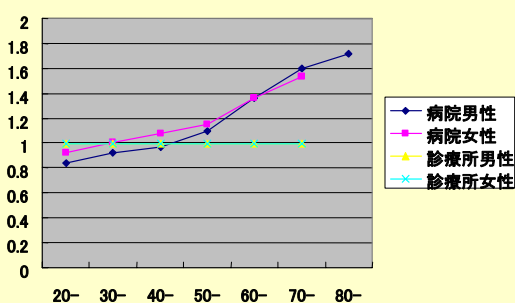
		実回数	重症度重み付法
入院	固定法	1.188	1.322
	限定法	1.290	1.438
	回帰法	1.436	1.653
外来	固定法	1.120	1.137
	限定法	0.857	0.867
	回帰法	0.687	0.692
合計			重症度重み付法
	固定法		1.23
	限定法		1.15
	回帰法		1.16

5) 需要推計総括

- ① 入院患者数は今後増加する（回帰推計が最も増加）
- ② 外来患者は今後あまり増加しない（固定法が最多、回帰法では減少）
- ③ 医療費による重症度重み付けを行うと需要は大きくなる。
- ④ 3法のうち固定法による推計が最大だが3法とも2040年には収斂する
- ⑤ 重み付けをすると負担は増え、特に入院で著しい
- ⑥ 労働時間を制限すると、生産性が変わらなければより多くの医師が必要となり、従業時間を48時間以内とすると3.5%の需要増となる

図20

勤務時間48時間に対する割合



3. 需給比較

1) 2つのケース

需給を比較にするにあたっては、まず供給の推計を固定し、その上下5%の比較帯を勘案した。対する需要は以下の2通りのシナリオを想定した（図21）。

① 入院外来回数を医療費で重み付けて総需要を算出し労働制限を行わない場合

入院外来回数を一回当たり医療費で重み付け総需要を算出すると、固定法で推計した場合のみ、2030年ごろまで需要が供給を上回るが、その後は下回り、回帰法、

限定法で推計した場合は需要は供給を下回ると予測された。また、固定法で労働需要量が供給を上回ると推計された場合にも、すべての年次で供給の5%以内の幅の範囲に留まると推計された（表8、表12参照）。

② 入院外来回数を医療費で重み付けて総需要を算出しさらに従業時間を48時間以内に制限した場合

労働時間制限従業48時間以内とする推計方法では、現在から2015年頃まで需要が供給を上回る。しかし、これらは現在の医師及び医療機関の生産性を前提としており、医療機関の経営改善によって需給を改善できる可能性も大と考えられる（表8、表12参照）。

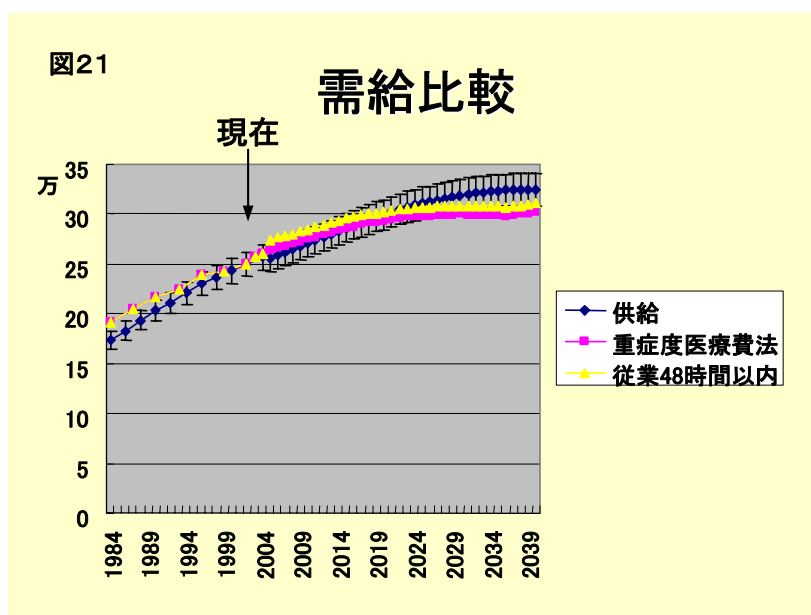


表12 重症度労働制限調整を行った需要推計

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
重症度医療費法	27.5	28.6	29.3	29.8	30.0	29.9	30.2
重症度医療費法 従業48時間以内	28.4	29.5	30.2	30.6	30.8	30.7	31.1

単位 医師万人で表現される労働量
方法：限定法による

2) 需給総括

- ① 医療に従事する医師数は限定法による需要推計によると2015年頃まで、固定法によると2030年頃まで供給が需要を下回る。
- ② 医学部定員を5%増としても、2030年頃まで大きな効果は認められない
- ③ 少なくともここ10年は、医師を含めた専門家チームとの生産性を高めることが極めて重要な課題となる

IV. 詳細分析

1. 女性医師と医師の年齢構成

1) 女性医学生と女性医師

2004年の医師・歯科医師・薬剤師（3師調査）によって、性別に卒後年毎の登録医師数を見ると近年女性が増加の傾向にある。さらに入学者における割合と総医師数における女性医師の割合を時系列で追うと、入学時の女性医師の割合は、ほぼ6年後にそのまま登録時の女性医師の割合となることがわかる。一方、全医師に対する女性医師の割合は、元来男性医師が多いので現在の入学時の女性医師の割合に追いつくのは遠い将来のことと考えられる(図24)。また、医師の就業先（診療所・病院別）をみると女性の方が病院から診療所に早く移行する傾向となっている。

2) 女性医師数の将来推計

女性医師数の将来推計については現在の入学者に女性が占める割合が一定で持続する場合と2050年に50%まで増加する場合の2つのシナリオを想定した。これまでの状況は、1998年ごろまで入学者に女性の占める割合が急速に増加し、それ以降は鈍化し、2002年から4年間はむしろ軽度の減少傾向を示している。ここ4年の傾向を敷衍すると、むしろ女性医師割合は減少する可能性がある。また、1998年以前の傾向を想定すると今後も増加する可能性がある。過去10年間にわたってスムージングすると、ほぼ一定水準なので今後も増加しないという可能性も考えられる。入学者に女性が占める割合が一定と仮定した場合2040年には全医師の中で女性医師が占める割合は29.5%になると推定される。増加すると仮定した場合、34.3%になると推定される。

3) 女性医師の就労可能性

女性医師の年齢別就業率は女性の他の職種と同様、若年期就業率が下がり、いわゆるM字カーブを形成し、出産や家庭内労働がその原因と考えられるため、これに対する支援が医師確保の大きな課題の一つといえよう。2004年の値で、女性医師と男性医師の年齢別就業率の差から潜在的な就労可能な女性医師数を推計すると約4500人となる。実際には、4500人のうち数千人の職場復帰が現実的といえよう。将来、この数が大きくなるといえ、数量的にはこれらの支援策の効果は限定的と考えざるをえない。

また今回の勤務状況調査では、女性医師の場合、常勤女性医師の場合勤務時間が余り男性とは変わらないことが明らかになった。生活に負荷がかかる形で無理して就労している可能性が考えられ、新たな労働形態、例えばタイムシェアリング等の普及が急務といえよう。育児支援体制のみならず、病院で女性医師が働きやすい職場環境の整備が望まれる。

図22 卒後年数別医師数、男女別

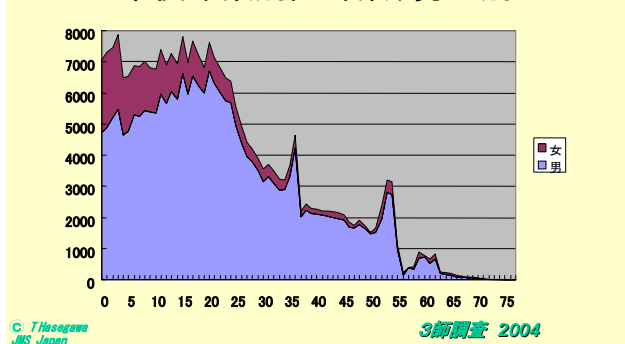


図23 医師数、医籍登録数、医学部入学者数に占める女性の割合（1965～2005）

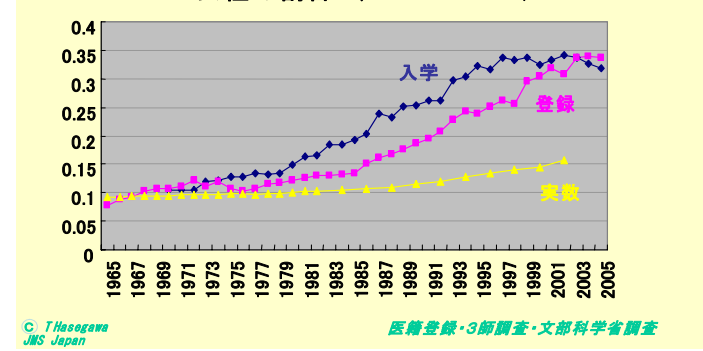


図24 医師 男女別卒後就労先
1998-2004登録 医師コホートより

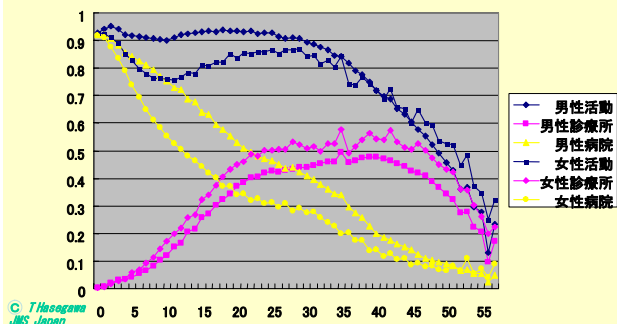
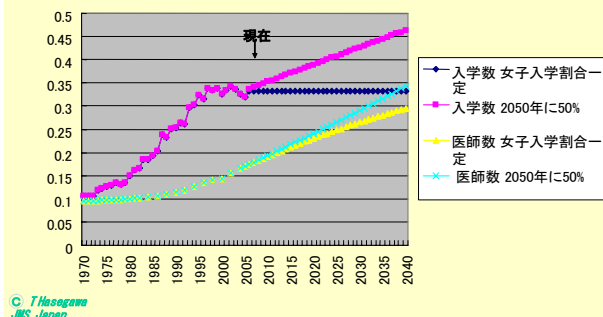


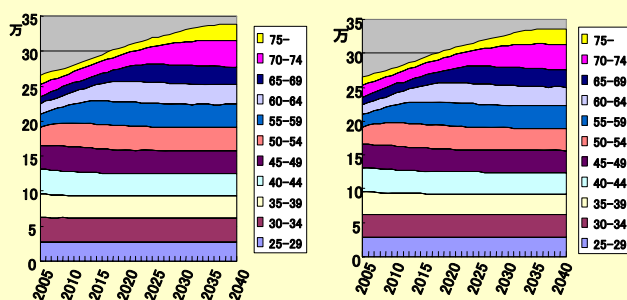
図25 医師数、医学部入学者数に占める女性の割合
(1970-2050)



4) 医師の年齢構成

医師の年齢構成を考えると今後は、高齢医師が増加することが予想される。若年医師の数は今後も比較的一定である。「高齢医師」は女性同様にパートタイムの就業形態を選択する可能性が高く、また、「若年医師」は、仕事をすべてに優先するというかつての就労スタイルから家庭や趣味を大切にする志向に変わりつつあり、さらに「医療の中核を担う中年」においても「長時間1人の医師が診療を継続する」就労形態から「医師の間でもチームでケアを行う新しいワークシステム」が必要と考えられる。これらから、女性医師への対応策は決して女性だけの課題ではなく、若年医師や高齢医師そして医療業界全体に共通して、就労形態の変革を推し進める第一歩の試みと捉える必要がある。

図26 医師年齢階級別構成
女性割合一定 女性割合増加(2050年50%)



2. 病院、診療所別医師数の比較

① 入院外来別比較

医籍登録番号を用いて2年毎の3師調査の結果を連結したコホートデータベースの分析によると、病院から診療所への移行は過去20年間比較的安定したパターンとなっている。特に卒後12年までの移行率は卒後年次の増加と共に直線的に増加し、その増加傾向は過去20年間一定であった。その後いったん移行率が低下し、再び定年前後の卒後40年頃、ピークを迎える。卒後10年以降の移行率は近年次第に増加しているものの、1998年頃からはその増加も鈍化し、安定の傾向を示している(図27)。

男女共に現在の卒後年次別就業形態が将来も継続するか否かは不明である。しかし今後も高齢化と共に病院から診療所への移行は持続すると考えられ、現在の就業率を一定と仮定すると今後の医師の増加は診療所が中心と推計される（図28、図29）。したがって、病院でも診療所でも高齢医師の占める割合は増加すると考えられるが、特に診療所において著しい。また、今後入学定員の女性割合が増えた場合には病院の医師に女性の医師が占める割合が大きくなる事がわかる（図31）。

図27 医師移行—病院から診療所

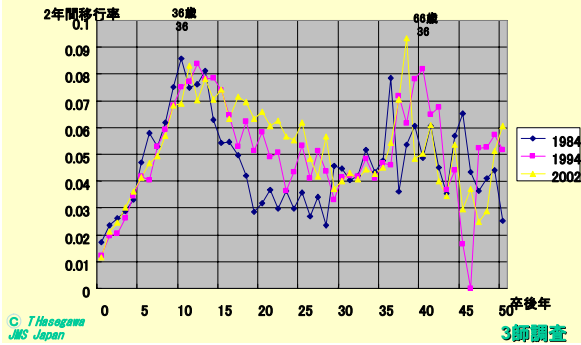


図28 供給推計

各種推計、医師人口10万対

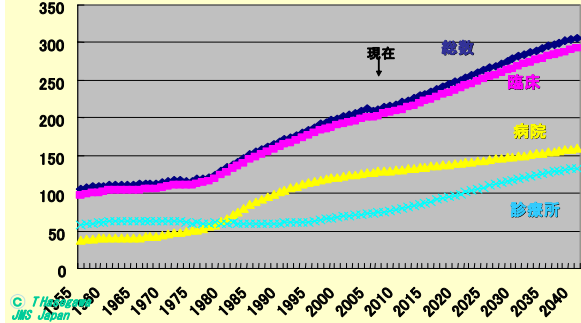


図29 医師将来推計—病院、診療所

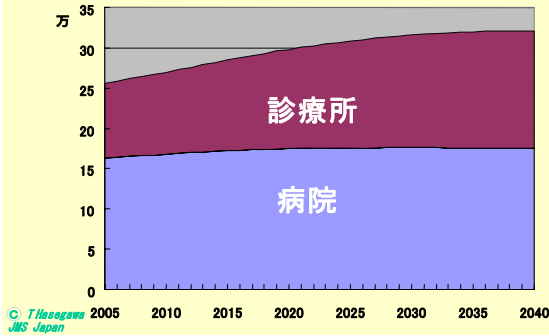


図30 未来予測・年齢階級別
病院医師 診療所医師

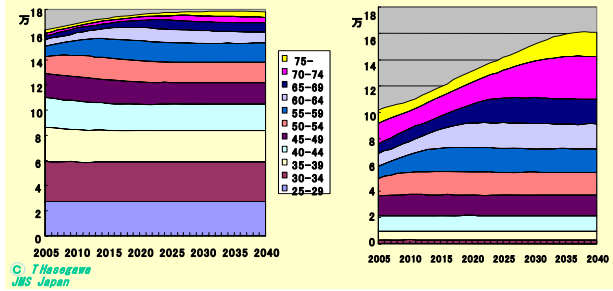


図31 未来予測・性別 (女性割合一定)
病院医師 診療所医師

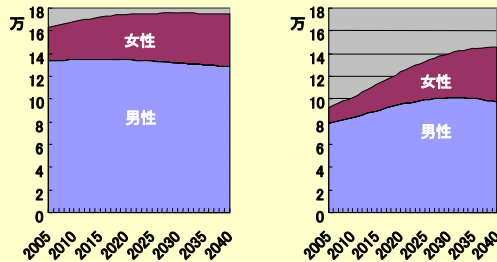
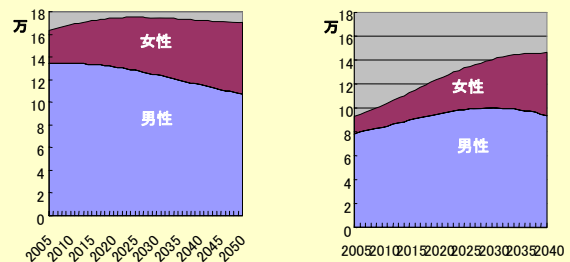
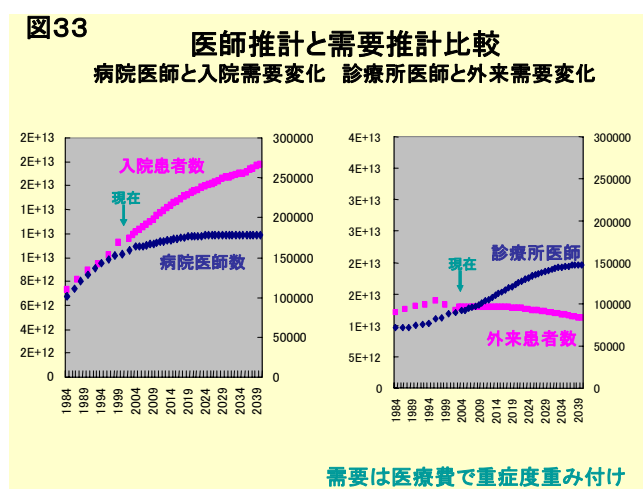


図32 未来予測・性別 (女性割合増加2050年50%)
病院医師 診療所医師



需要の分析では、入院と外来で大きく異なることが判明した。また、供給の分析でも、病院と診療所で大きく事情が異なることが判明した。病院は入院のみならず外来も扱っているものの、診療所と外来需要の変化も対応させて分析すると図33の結果となり、大きな乖離をきたしている。つまり、入院需要は今後、団塊の世代の高齢化と共に増加し、重症度で重みづけるとかなりの急増が予想されるにもかかわらず、病

院医師の増える割合は少ない。一方、外来需要はあまり増加が見込まれないにもかかわらず、診療所医師は急増が予想される。



V. 総括

今回の供給のモデルを用いると、3師調査や医籍登録データによって、男女卒後1才階級別に予測が可能となり、きめの細かい推計が可能となった。また、需要においても、近年の平均在院日数や病床数の低下からは独立した方法で需要を推計し、さらには年齢階級別の重症度を勘案し、そして労働時間の制限も加えて、より現実的な需給モデルになったといえよう。また幾つかの条件の異なったシナリオを想定することもできた。

新たな予測によると、日本の国全体としては医師は当面不足気味であるが、医師の供給の伸びは需要の伸びを上回り、2020年ごろまでに均衡し、その後も需給バランスは全体としては改善が続くと予想される。ただし、20年以上も先の未来の予測は突発的不確定要素がありえるため断言するのは難しい。

一方全体ではなく病院と診療所に分けて推計すると、病院において医師の不足の傾向が深刻となると予測されるが、同時に診療所医師は増加が見込まれ、外来総数の増加は期待できないことから、病院の外来を診療所に移行するか、医師を病院に引き止めなければ、診療所に勤務する医師は過剰となる危険が高い。併行して、病院診療において、入院医療の生産性を高め、病院における必要医師数を減少させてバランスを改善することが必要と考えられる。

また、今医学部定員を増やしてもその効果は早くとも十数年後にしか認められず、実質的な現場への数量的効果はさらに10年を要する。医学部の教育に最低6年を要し、病院の専門医等についてはさらに長期の研修が必要だからである。しかし、現在及びこれからの15年間は病院医療を中心に、需給がひっ迫する。

元来需要過剰への対応は「需要を抑制する」、「医師数を増加させる」「医師及び医療システムの生産性を向上させる」の3つの方策しか存在しない(表13)。以下その3つの方策についてまとめたい。

表 1 3 需給への介入方策

供給	需要
<ul style="list-style-type: none"> - 数量増 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医学部定員（時間かかる） ・ 外国からの流入 ・ 短期養成（他職種からの再教育も含む） - 生産性向上 <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院入院生産性向上 院内効率化 外来診療所へ移行 ・ 他職種（スキルミックス）移行 	<ul style="list-style-type: none"> - 疾病予防 - 外来需要適正化 - 入院需要適正化

1. 需要を減少させる

1) 予防の強化

日本は 1970 年代から「第一次及び第二次国民健康づくり運動」が展開され、さらに 2000 年からは「健康日本 21」と姿を変えて疾病の一次予防が国民運動として展開されてきた。近年では「健康フロンティア」や「医療費適正化計画」の一部としてメタボリックシンドロームなどの慢性疾患に取り組み、重篤な合併症を予防する政策が推進されつつある。生活習慣病の 25%削減が目標とされ、関連する疾患の外来、入院の負担が減少することが期待される。

2) 外来需要の適正化

人口一人当たりの年間外来患者回数は、14.3 で OECD 平均の 2 倍、世界 1 である。一方、外来の診療間隔は短く、また高血圧糖尿病の平均も 10 日～14 日と短く、60 日程に延長する長期の追跡体制が確立すると、約 20%の患者の削減が期待される。事実、処方間隔の延長や外来での受益者負担の増加と共にここ 10 年来の外来の受療が急速に低下している。

3) 入院需要の削減

入院を要する疾患は重症度が高く、根本的な予防対策なしに減少させることは一般に難しいと考えられる。ただし、今後の入院の増加分が主として高齢者の手術入院であることを考えると手術適応を厳密化し、真に必要な手術に絞り込むことで入院需要も適正化し削減できると考えられる。

2. 医師数を増加させる

医師数を増加させる方法は 2 つしか存在しない。一つは「新しく養成する」か、できあがった医師を「外国から招聘する」ことである。後者は現在国際的に医師の頭脳流出が問題視され、批判を浴びているのであまり現実的な方法とは考えられない。前者は、現状の打開には有効でない。とすると、2 つの方法即ち「医師の代替を養成する」、例えば極めて短期に医師に準ずる新職種を養成するか、「他職種に医師機能を代替」してもらうしかない。元来、日本では各種の権限が医師に集中し、チームの役割分担が阻害されてきたとの指摘があり、医師が担ってきた業務内容を薬剤師、栄養士、MSW、看護師、保健師、助産師等によって代替するという考え方、即ち「効率よく高質なスキルミックス」を今後は模索する必要があるのではないだろうか。

3. 医師及び医療システムの生産性を向上させる

1) 日本の医療システムの生産性

需要の削減と医師数の確保の可能性が低いとすれば、あとは、医師を含めた医療システムの生産性を高める方法しか存在しない。

これまでの種々の分析で「日本では、病院医師一人当たりの年間患者数は欧米に比べて低い。」(図34)「また病床あたりの看護師投入量を見るとOECD各国では、過去、30年間の間に医療の効率の改善がなされ、看護師投入量がほぼ倍増していると同時に平均在院日数は半分ないし3分の1にまで減少している。日本では近年減少ははじめたにすぎず、しかも投入看護師量に比して平均在院日数は国際標準の倍以上である」ことが判明した(図35)。これらの分析が示唆することは、日本の病院の生産性が低く、経営に問題があることである。近年若年医師が過酷な労働と雑用に追われ本来業務に携われないなどの理由から病院を辞し開業するケースが増えているといわれている。

病院当りの退院患者数が他のOECD諸国と比して低い理由は、まず外来患者数が多いことが挙げられよう。日本、オランダ、オーストラリア、イギリスは外来患者数と医師1人当り退院患者数は負の相関を示している(図36)。また、看護師やその他の職員の病床当たりの投入量を見ると日本、オランダ、オーストラリア、イギリスで正の相関を示している。フランス、ドイツは投入が少ないにも関わらず高い退院患者数を示しているが、これらの国々では基本的に病院の外来患者は存在しない(図37)。これらの分析から、まず病院と診療所間の外来診療に関する役割分担の見直しが必要で、医師以外の職種への投入増を考える必要がある(図38)。

この10年の間に国民や行政が医療機関に期待するもの、そして医療界が社会から求められるものが大きく変化した。負担が増大し、安全・良質・満足など国際標準に従った医療が求められているにもかかわらず、医療制度が旧来のまま継続して来ているのではなかろうか。さきほどの医者離れの現状は、特に院長に権限のない自治体病院等で著しいとの指摘がある。今日日本の病院経営を根本的に考え直し、まずは病院と診療所の役割分担、院内の業務の改善、職種間の役割分担をもう一度見直す必要があるのではなかろうか(図39)。

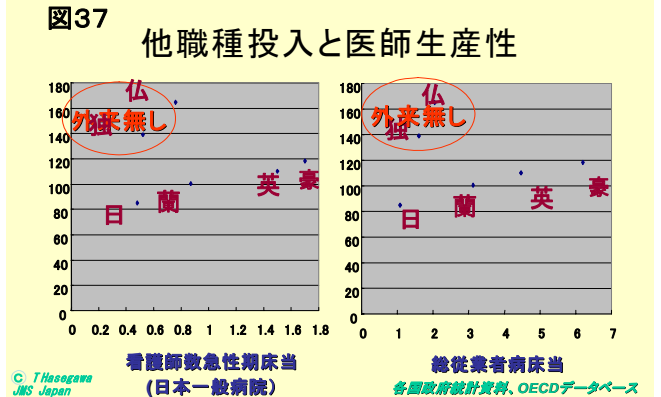
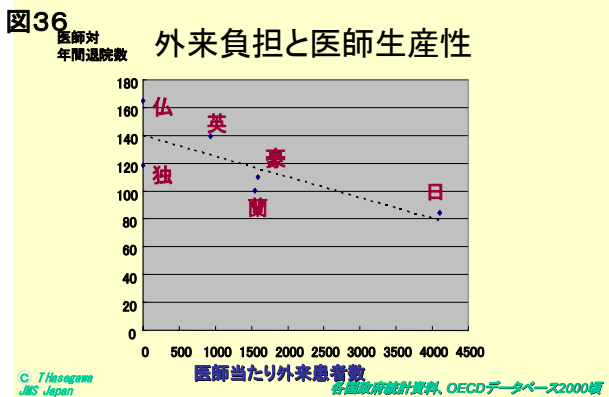
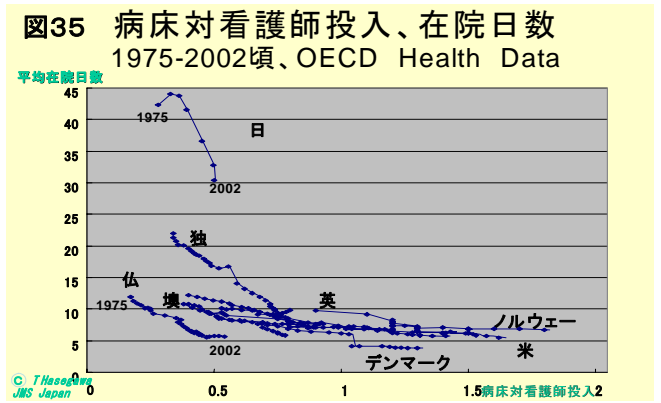
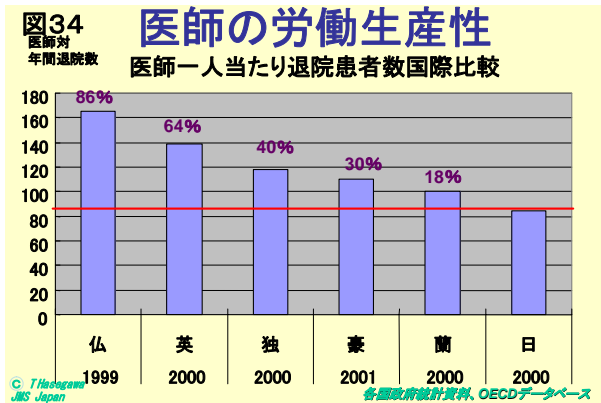


図38 インフラ

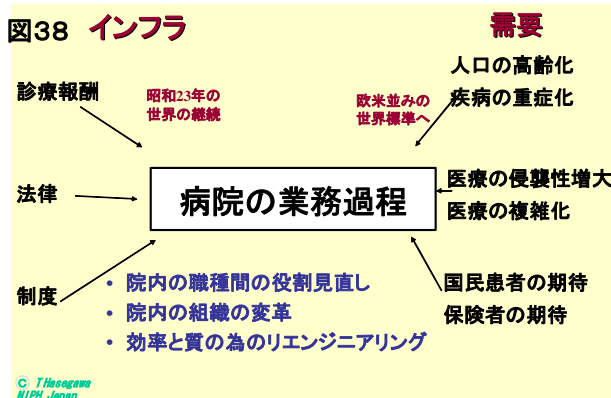
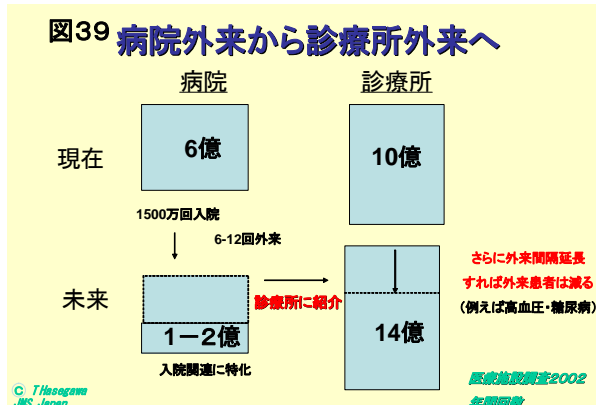


図39 病院外来から診療所外来へ



VI. 提言

これまでの分析から医療システム全体について、特に「病院経営及び病棟経営に関連すること」「地域の医療システムに関連すること」そして「病院内の経営項目に関すること」について、提言を以下のようにまとめる。

1. 医療システム全体

1) 供給

- ① 医師数増
 - 休眠医師発掘
 - 女性医師労働支援
- ② 効率向上
 - 病診役割分担と連携強化需要
 - 他職種への業務移行（システムレベルでのスキルミックス）

2) 需要

- ① 全般
 - 予防強化
 - 医療標準化推進(EBM、ガイドライン)
 - 卒後臨床教育強化
- ② 外来
 - 受診間隔延長
- ③ 入院
 - 入院適応厳密化、適正化
 - 手術適応厳密化、適正化

2. 病院医師・医療の確保

1) 医療体制の整備

- ① 病院・診療所役割分担の見直し
 - 外来の診療所への移行
 - 逆紹介、病診連携の推進
 - 開業医の病院診療参加支援
- ② 病院機能の見直し
 - 外来の機能向上と入院診療の負担減
 - 拠点病院への機能、人材の集約化

2) 病院経営の効率化

- ① 医師の業務の見直し

医師間でのチーム化、勤務のシェアリング、シフト化の推進
女性・高齢医師の勤務環境の改善

② 他職種の活用

他職種への業務の移行（院内体制の整備）
病棟事務員の有効活用、看護師との役割分担
他職種とのチーム化（スキルミックス）

③ 病棟マネジメントの変革

病棟当り病床の削減（例えば 30 床）
病棟師長の責任と権限の拡大
病棟経営の改善、調整看護師等の導入

④ 経営戦略の見直し

公的病院における院長権限の強化
評価の確立と給与体系の見直し
説明責任と教育を病院機能の一環として組み込む
医療の標準化と業務の見直し
医療の安全、良質・満足を軸に組織変革

「医師の需給に関する検討会」メンバー

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| いけ だ やす お
池 田 康 夫 | 慶應義塾大学医学部長 |
| いずみ よう こ
泉 陽 子 | 茨城県保健福祉部医監兼次長 |
| うち だ たけ お
内 田 健 夫 | 社団法人日本医師会常任理事（第13回～） |
| え がみ せつ こ
江 上 節 子 | 東日本旅客鉄道株式会社顧問 |
| かわ さき あき のり
川 崎 明 徳 | 学校法人川崎学園理事長
社団法人日本私立医科大学協会会長 |
| こ やまだ けい
小山田 恵 | 社団法人全国自治体病院協議会長 |
| すい た さち よ
水 田 祥 代 | 国立大学法人九州大学病院長 |
| つち や たかし
土 屋 隆 | 社団法人日本医師会常任理事(第1～12回) |
| は せ がわ とし ひこ
長谷川 敏 彦 | 日本医科大学医療管理学教室主任教授 |
| ふる はし み ち こ
古 橋 美智子 | 社団法人日本看護協会副会長 |
| ほん だ ま ゆ み
本 田 麻由美 | 読売新聞東京本社編集局社会保障部記者 |
| ○ や ざき よし お
矢 崎 義 雄 | 独立行政法人国立病院機構理事長 |
| やま もと しゅう ぞう
山 本 修 三 | 社団法人日本病院会会長 |
| よし あら みち やす
吉 新 通 康 | 東京北社会保険病院管理者
社団法人地域医療振興協会理事長 |
| よし むら ひろ くに
吉 村 博 邦 | 北里大学医学部教授
全国医学部長病院長会議顧問 |

(○：座長)