

16

医学部定員増・地域枠のその後^{*1}北村 聖^{*2}

はじめに

医学部の定員のあり方は、将来のわが国の医師の数、ひいては医療の需給に直接関係する。すなわち医学部の定員は、将来の医療の必要性をしっかりと予測した上で決める必要がある。平成16年に臨床研修制度が必修化された際、地方で大学への入局者が少なくなり、地域の病院から医局への医師の引き上げが見られ、地方都市での医師不足感が高まった折、医学部の定員を増やすべきとの議論があったが、実際、その効果が現れて医師の数が増えるのは6年以上先、実質的には10年近い将来になることが忘れられていたように思う。そ

の後、各大学で、地域枠の拡大や、入学定員の暫定的増加などが見られ、当時に比べ2,000人近く

の定員増加が実施されている。
本稿では厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」による「中間取りまとめ 平成28年6月3日」と「第2次中間取りまとめ 平成29年12月21日」を基に、医師の偏在対策と医学部定員増のその後を議論する^{1,2)}。なお、この委員会はその後も検討を続けており、医学部の定員のあり方について平成30年4月現在も活発に議論している。

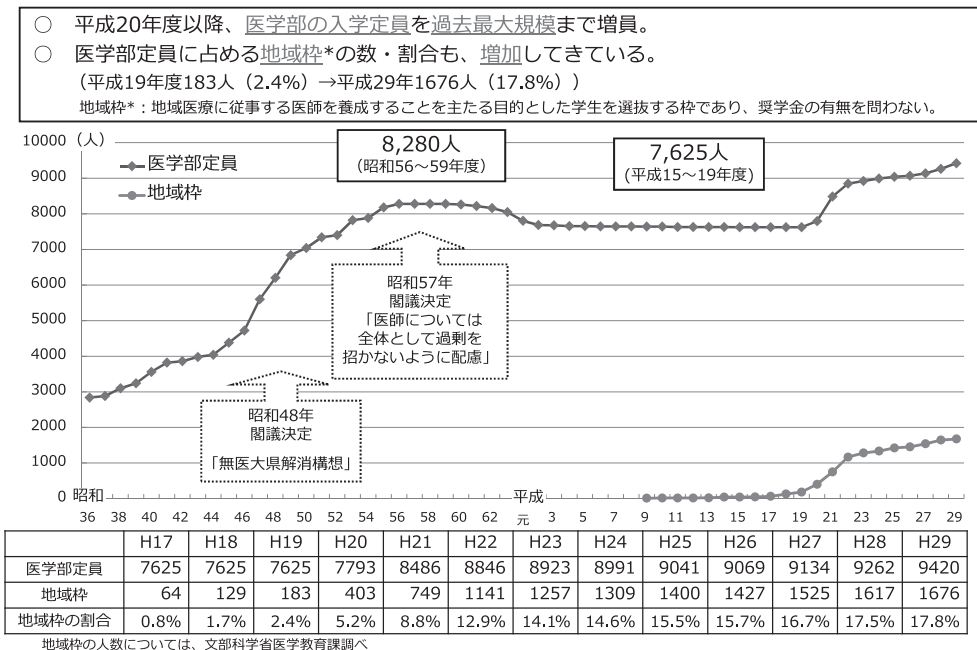


図1 医学部入学定員と地域枠の年次推移

^{*1} Intake Increase and Effect of Regional Quota

^{*2} Kiyoshi Kitamura 国際医療福祉大学医学部

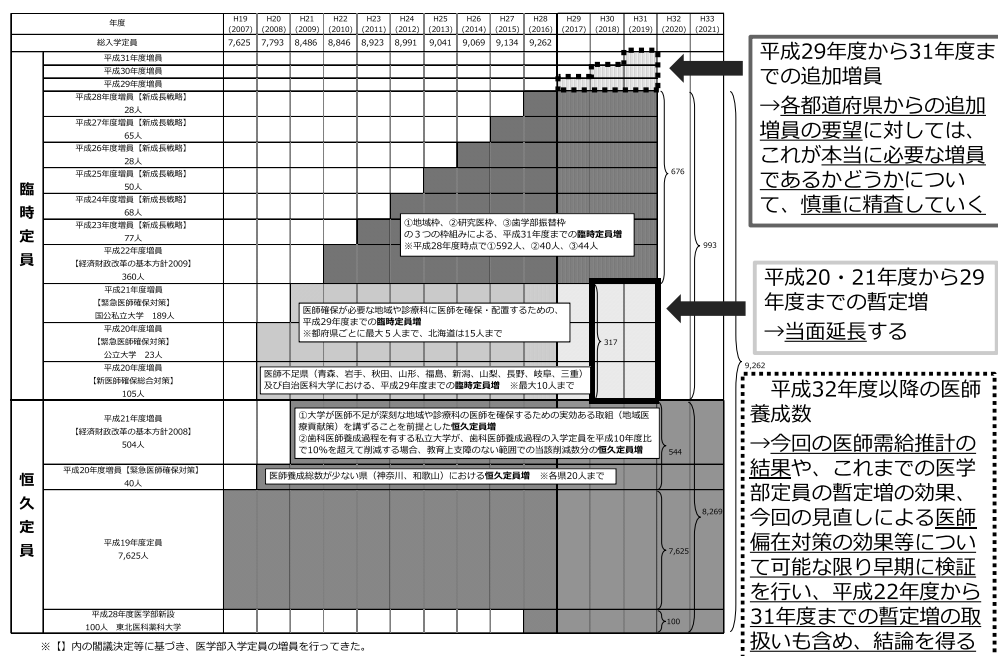


図2 医師需給分科会中間取りまとめにおける当面の医学部定員の基本的方針

1. 医学部定員に関する現状：

中間とりまとめ：平成28年6月3日より

厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会、医師需給分科会中間取りまとめ（平成28年6月3日）に基づいて、平成30年度の医学部定員が定められている。なお、医学部の定員に関しては文部科学省の所掌であるが、医療に深く関わることから両省がこの検討会で方針を決めることに合意している。そこで、まずその報告を見ていく。

医学部定員の認識についての記述をまとめてみる。医学部定員については、昭和48年に閣議決定された「無医大県解消構想」の推進等により、その増加が図られ、医学部定員が8,280人であった昭和58年には「人口10万対150人」の医師数が達成された。その後、昭和61年の「将来の医師需給に関する検討委員会最終意見」において、将来の医師過剰が見込まれたことを踏まえて医学部定員を削減し、平成15年以降の数年間、7,625人で維持された（図1）。平成16年に臨床研修が必修化され、また国立大学の独立法人化など社会状況の変化に伴い、平成17年には、特定の分野（特定の

地域、診療科等）における医師不足を指摘する声の強まりを受け、「医師の需給に関する検討会」が設置された。その後、医学部定員については、「新医師確保総合対策」（平成18年地域医療に関する関係省庁連絡会議決定）に基づき、平成20年度から平成29年度までの間、医師不足が特に深刻と認められる10県について、各県で10名（加えて自治医科大学も10名）までの暫定的な増員が認められた。さらに「緊急医師確保対策」（平成19年政府・与党決定）に基づき、原則平成21年度から平成29年度までの間、医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するため、都府県ごとに5名まで（北海道は15名まで）の暫定的な増員等が認められた。そして「経済財政改革の基本方針2009」（平成21年閣議決定）及び「新成長戦略」（平成22年閣議決定）に基づき、平成22年度から平成31年度までの間、地域医療に従事する明確な意思をもった学生に奨学金を貸与し、大学が地域定着を図ろうとする場合の医学部定員について、都道府県ごとに毎年原則10名までの暫定的な増員等が認められた。このような医学部定員の増員により、定員は増加を続けている（平成29年度

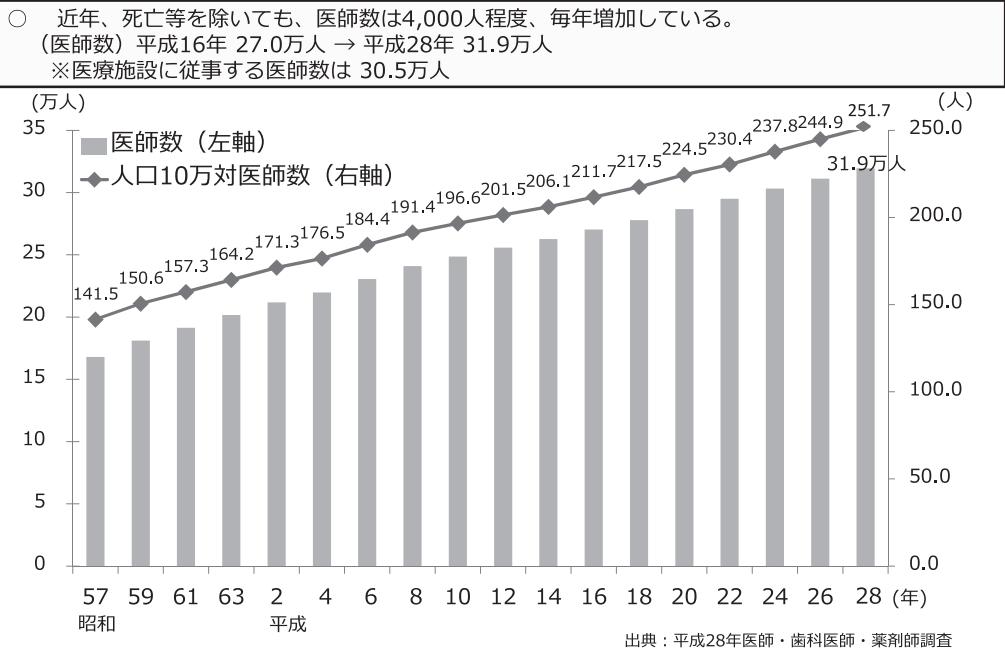


図3 人口10万対医師数の年次推移

9,420人) (図2)。

この報告書の主たる目的である、当面の医師養成数の基本的方針については、極めて限定的な判断をしているに過ぎない。すなわち、この時点における医師需給推計における中位推計の場合に、あと約8年で医師需給が全国的に均衡することを踏まえると、既に現時点(平成28年)で将来的な供給過剰が見込まれることとなる。しかし、平成29年度までで終了する医学部定員の暫定増については、これらの措置が、医師不足が特に深刻な都道府県や、医師確保が必要とされる地域・診療科を対象として設けられた仕組みであることを踏まえ、当面延長するとされ、長期的な施策については結論が持ち越された。

2. 医学部定員の見直しと医師偏在対策が求められる背景：第2次中間とりまとめより

多くの議論の中で、医師数は決して不足しているのではなく、地域間の偏在、診療科間の偏在が医師不足感をもたらししているという意見があり、偏在に関しては長きにわたり課題と認識されなが

ら十分には解決されていない。その理由の一つに、理想的な分布、すなわち人口あたりでみるのが良いのか、面積あたりで見るのが良いのか、専門医の診療と総合医の診療は当然異なるので、どのレベルの医療を供給するべきかなどが議論されておらず、正解が得られない構図ができています。すなわち、量的な需給バランスの議論に医療の質に関する需要と供給の議論が入ったりすると、変動する要因が多くなり議論が噛み合わなくなる。平成28年の医師・歯科医師・薬剤師調査によると、10万人あたりの医師数は平成16年211.7人から平成28年は251.7人へと大幅に増加している(図3)。都道府県ごとの人口10万人対医師数について、最大の徳島県(315.9人)と最小の埼玉県(160.1人)では2倍程度の開きがあり(図4)、さらに二次医療圏ごとに人口10万人対医師数をみた場合には、34の都道府県において、最大と最小の医師数が2倍以上開いている現状にある。また、上述のようにいくら全国的な医師数を増やしても、実効的な医師偏在対策が講じられなければ、地域における医師不足感の解消にはつながっていかない。

- 全国の医療施設（診療所・病院）に従事する「人口10万対医師数」は240.1人で、前回に比べ 6.5人増加している。
- 都道府県別では、徳島県が最も多く（315.9人）、埼玉県が最も少ない（160.1人）。

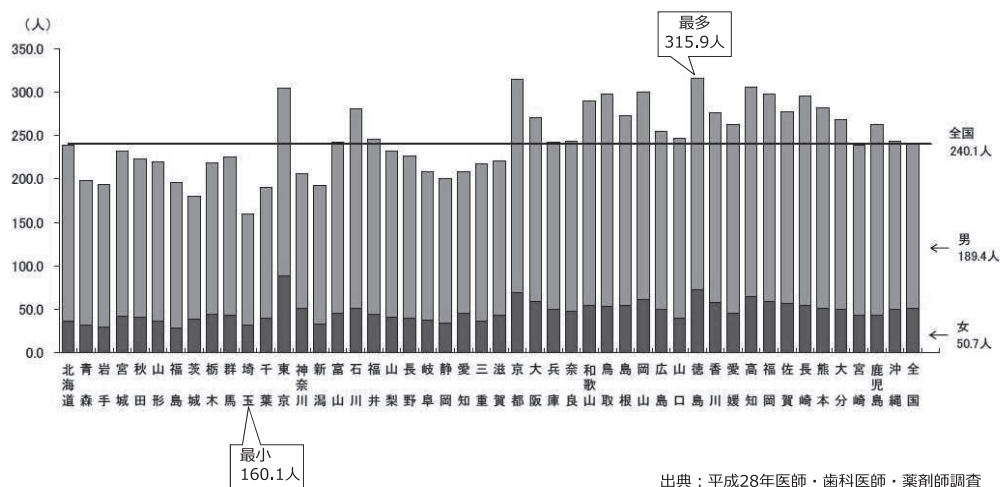
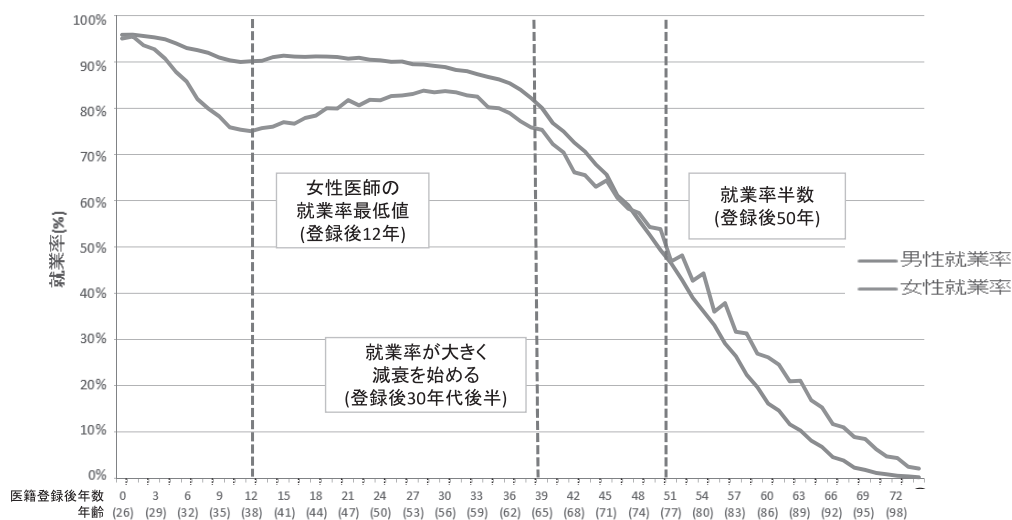


図4 都道府県別にみた人口10万対医師数（平成28年）



※2006年～2016年の医師・歯科医師・薬剤師調査（医師届出票）及び医籍登録データを利用して作成
 ※推定年齢は医籍登録後年数が0年の届出票の満年齢（12月末時点）の平均値が26.8歳であることを考慮し設定

図5 医籍登録後年数別の就業率

このような医師不足感の解消や医師偏在の是正のため、上述のように平成18年の「医師の需給に関する検討会」報告書等を踏まえ、医学部定員の増員が図られるとともに、この増員が医師の地域定着につながるよう、「地域枠」の推進が行われてきている（図1）。平成29年度は医学部定員

9,420人、うち地域枠1,676人（17.8%）であった。さらに、都道府県における地域医療支援センターの設置、地域医療介護総合確保基金を通じた医師確保等の対策が講じられている。

また、近年、女性医師は増加しており、平成30年2月に行われた第112回医師国家試験では合格

すべての雇用者（年間就業日数200日以上・正規職員）について、1週間の労働時間の実績を見ると、60時間を超える者が、雇用者全体の14%となっている。
これを職種別に見ると、医師（41.8%）が最も高い割合となっている。（次いで、自動車運転従事者（39.9%））

	計	管理的職業従事者	専門的・技術的職業従事者	研究者	医師（外科を除く） 獣医師を除く	看護師・准看護師を含む	教員	事務従事者	販売従事者	サービス職業従事者	生産工程従事者	輸送・機械運転従事者	自動車運転従事者	建設・採掘従事者	運輸・清掃・包装等従事者	分類不能の職業				
1週間の労働時間が60時間超の雇用者の割合	14.0 %	13.3 %	13.7 %	11.2 %	41.8 %	5.4 %	23.6 %	7.1 %	20.0 %	18.3 %	35.1 %	34.4 %	18.5 %	18.7 %	10.4 %	30.8 %	39.9 %	16.9 %	15.0 %	17.2 %

（出典）総務省・平成24年就業構造基本調査

図6 1週間の労働時間が週60時間を超える雇用者の割合

者の34%が女性であった。女性医師は、出産、育児等を見据えた勤務形態（図5）やキャリア選択を余儀なくされ、一定の地域・診療科への集中が起きている現状にある。社会環境を整備することで女性医師が望むキャリア形成を確保しながら、医師偏在是正にも寄与するような状況を作っていくことが必要である。

新専門医制度については、「専門医の在り方に関する検討会報告書」（平成25年4月）に基づき、準備が進められていたが、都市部の大学病院等に修練医等が集中するのではないかなど、地域医療関係者や地方自治体から、地域偏在がさらに助長するとの懸念が示された。平成30年度から新専門医制度がスタートしたがその影響は未だ定まっていない。

医師の労働環境はすべての業種で最も悪いものの一つであり（図6）、生命を預かる聖職の美名のもと過酷な労働を強いられてきた。平成29年3月に決定された「働き方改革実行計画」を踏まえ、厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」において、医師の働き方改革の方策について議論が進められている。この検討会では、平成29年3月から2年を目途として、医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方をはじめ、医師から他の医療従事者等へのタスクシフティング（業務の移管）・タスクシェアリング（業務の共同化）など様々な対策について検討している。医師に対する時間外労働規制については、改正法の施行から5年後に適用されることとなっているが、最も

劣悪な環境にある医師の対策を先送りすることに関して、幅広い同意が得られているわけではないと思う。働き方改革の実行に際し、医療現場に混乱なく、医療ニーズがあるにもかかわらず医師が不足している地域で必要な医師数が確保されるようにするためには、早急に実効性ある医師偏在対策が講じられることが必要である。

3. 医師偏在対策の基本的な考え方：第2次中間とりまとめによる

医師偏在対策は、次の基本的な考え方に基づくものとする必要があるとしている。

(1) 医師偏在対策に有効な客観的データの整備

すべての施策は、客観的データに基づいて実施されるべきものである。しかし、医師の需給や偏在対策に関しては関係する要素が多いため正しい推計は難しいものとなっている。これに対応するため、医療ニーズに合致した効果的な医師偏在対策を実施することができるようにするとともに、PDCAサイクルを通じて、対策の改善が行われるような環境整備を図っていく必要があるとされている。

(2) 都道府県が主体的・実効的に医師偏在対策を講じることができる体制の構築

地域の医師確保の一義的な責任者を都道府県とするような考え方ではあるが、地域医療構想等の地域の医療政策と整合的に、医師確保対策を主体的に実施することができるような仕組みを整える

べきであると思う。

(3) 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実

医師は自らが研鑽を積んだ土地に定着するとのデータも踏まえ、医学部、臨床研修、専門研修を通じ、医師養成過程を通じた医師偏在対策を講じる必要があるとされた。

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

医師の地域偏在の解消は、医師個人の自己犠牲や努力のみによって解決されるものではなく、様々な関係者による実効的で持続可能な仕組みを構築することが不可欠である。決して、若手の医師のみが、その意思に反して、強制的に医師の少ない地域に行かされるような仕組みであってはならない。

4. 具体的な医師偏在対策

(1) 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化

「医師確保計画」を策定し、都道府県内における医師の確保方針・医師偏在の是正のため、都道府県内の二次医療圏・診療科別医師数等や医療ニーズの変化等の分析を踏まえ、あるべき医師確保の方針を定める。医師確保計画は計画の期間を3年として、3年ごとにその内容を見直していくとされた。さらに、都道府県の策定する医師確保計画の実効性を確保するため、地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な、医師偏在の度合いを示す指標を設定すべきである。

また、地域医療対策協議会の実効性確保のため、関係者が協議・調整を行う協議機関と位置付けるべきである。さらに、効果的な医師派遣等の実施に向け地域医療支援事務が、必ず大学医学部・大学病院との連携の下に行われるようにするとされた。また、すべての都道府県でキャリア形成プログラムを策定することを徹底し、その際は女性医師をはじめとした若手医師の希望やライフイベントに配慮されたものとするとしてされた。

(2) 医師養成過程を通じた地域における医師確保

①医学部

出身地と大学の所在地が同じ都道府県であれば、卒業後長期にわたって高い地元定着率があることを踏まえ、知事が管内の大学に対し、入学枠に地元出身者枠の設定を要請することができる制度を法律上設けるべきであるとされた。さらに、医師が少ない都道府県は医師が多い都道府県の大学医学部にも、地域枠を設定することができるようにすべきとされている。

②臨床研修

臨床研修病院の指定・定員設定等は国から都道府県に権限を移管し、大学病院を含めた臨床研修病院の指定及び募集定員の設定は、都道府県が行うとされている。

③専門研修

新専門医制度における行政の役割の明確化

新専門医制度については、地域医療の阻害因子になるのではないかと懸念が示されている。専門医に関連し、適切に診療科を選択することで診療科偏在の是正につながるよう、人口動態や疾病構造の変化を考慮した診療科ごとに将来必要な医師数の見通しを、国全体・都道府県ごとに明確化し、国が情報提供すべきとされている。

(3) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

外来医療については、今般、医師偏在の度合いが指標により示されることにより、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握が可能となることを踏まえ、この情報を、新たに開業しようとしている医療関係者等が自主的な経営判断を行う情報として、可視化するべきとされた。加えて、地域における救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等の機能分化・連携の方針等についても、地域ごとに方針決定できるようにするべきであるとしている。

(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進

①医師個人に対する環境整備・インセンティブ

1) 医師の少ない地域で勤務する医師が疲弊しない持続可能な環境の整備

医師の少ない地域（以下、医師少数区域）で勤務を行う医師が、都市部に住みながらグループ診療などを通じて週に数回診療を行ったり、医師少数区域に住んで診療を行う場合でも、定期的に休暇取得や中核病院で研さんを行えるよう、交代で勤務する医師の派遣に対する支援を行う。

プライマリ・ケア等の地域医療を支える医学教育を充実するとともに、医師少数区域で勤務する医師に対する事前・派遣期間中のプライマリ・ケアの研修・指導体制を確保する。医師少数区域での勤務後もキャリアに資する専門的な研さんが受けられるよう、また医師が将来のキャリアを見通し、出産、育児等のライフプランに応じて柔軟に研修が受けられるよう、都道府県や大学病院・医学部、地域医療を支援する立場の医療機関等が協力して中長期的なキャリア形成プログラムを作成し、このプログラムの下で医師派遣を実施する

2) 医師少数区域での勤務のインセンティブとなる認定制度の創設

医師少数区域等に所在する医療機関で一定期間以上勤務した医師を、厚生労働大臣が認定する制度を創設するとされた。認定を受けられる対象は、若手・ベテランを問わずあらゆる世代のすべての医師を対象とすべきとされた。この認定を受けた医師（認定医師）であることを広告可能事項に追加したり、医師派遣を支える医療機関等に対する経済的インセンティブを与えるなどが示された。さらに認定医師を一定の医療機関の管理者とするとされた。すなわち、認定医師の医師少数区域等における勤務経験を評価し、認定医師であることを一定の医療機関の管理者に求められる基準の一つとすべきである。この対象となる医療機関については、医師派遣・環境整備機能を有する病院とすべきとしている。この認定制度が機能すると医師の地理的分布のみならず、診療科の分布も大きく変わる可能性がある。さらに多くの医師が大学病院、大病院を出て地域病院へ動くきっかけになるかもしれない。

5. 将来に向けた課題

医師偏在対策の効果の検証を踏まえた継続的な議論の必要性があるものの、当面は医師の定員は減らさず、以下のことについて法の改正を含む重点的な取り組みを行うこととなった。

①専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定

新専門医制度については、診療科ごとに都道府県別の定員を設定し、臨床研修同様、マッチングの仕組みを導入することで、地域における診療科偏在を是正していくべきとの意見があった。

②認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価

認定医師であることを地域医療支援病院等の管理者に求められる基準の一つとすることについては、診療所を含めた都市部の医療機関もすべて対象とすべきとか、逆の地域病院だけに限るべきとの意見があった。現状では医師自らの意に反して医師少数区域で診療することを促す仕組みとなるため、プライマリ・ケア等の地域医療を支える医学教育の充実や、地域による魅力の発信・医師を受け入れる環境の整備等を通じて、医師本人が医師の少ない地域での勤務を望む状況を作り上げることが、医師本人にとっても、その診療を受ける患者にとってもメリットとなるとの意見があった。

③無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みの導入

国民皆保険制度をとるわが国では、被保険者間の医療アクセスの公平性の確保を図るため、無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを設けるべきとの意見があった。

まとめ

厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」による「第2次中間取りまとめ 平成29年12月21日」を基に、医学部定員の現状と今後の見通し、ならびに医師の偏在に対する国の施策について概説した。医師の働き方改革など労働環境が改善するとの前提に立つと、2020年度医学部入学者が臨床研修を終える2028年度に医師の

需給は均衡すると推定され、おそらく2020年度までは医学部の定員は現状のまま維持されると推定される。医学部定員のあり方に加え、地域枠のあり方を始めとする医師偏在に対する施策も重要な課題であり、継続して検討してゆく必要がある。都道府県が主体性を持ってこの問題に取り組むことができ、PDCAサイクルが機能するようになれば、状況は大きく変わる可能性があると思われる。

■文 献

- 1) 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」による「中間取りまとめ平成28年6月3日」
- 2) 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」による「第2次中間取りまとめ 平成29年12月21日」，ならびに検討会で厚生労働省が示した資料を参考にした
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei.html?tid=318654>（最終閲覧日：2018.4.28）