信州医誌，58(6)：291～300，2010

綜　説

医師不足の現状と対策

中　澤　勇　一

信州大学医学部地域医療推進学講座（長野県寄附講座）

Current Status of the Shortage of Medical Doctors in Japan

Yuichi Nakazawa

Department for the Promotion of Regional Medicine, Shinshu University School of Medicine

Key words: collapse of regional medicine, shortage of medical doctors, uneven distribution of medical doctors, medical education
医療崩壊，医師不足，医師偏在，医学教育

はじめに

医療崩壊とは，国民が必要とするときに適切な医療を受けられる状況が失われることとされる[1]。救急患者のたらい回し，地方の自治体立病院の閉院・閉院危機，あるいは特定の診療科の休診などの医療崩壊は，その多くが，長期の医療費抑制政策とそれによる医師（勤務医）不足に起因しているとされる[2][3]。一方で，多くの地域で人員不足にあえぎながらも強い使命感を有する医師・医療者により医療崩壊への進行が食い止められている現実にも目を向ける必要がある。新たな医療崩壊ならびに医療崩壊の更なる進行を阻止する第一歩として，医師不足の現状を理解する必要がある。本稿では勤務医不足を医師不足とし，主な医師不足の原因と解決策を中心に綜説する。

Ⅰ　医師不足の議論の経緯

わが国においては，医師が不足か充足かの議論の結論は時代により揺れ動いてきている[4]-[6]。1970年代の医師不足の解消を目的とした一県一医大構想に基づき全国各県に計34の医科大学あるいは大学医学部が新設され，1960年代初めにはおよそ3,000人であった医学部入学定員は，1981年には8,360人まで増加された。しかしながら，1986年の将来2025年に10％の医師過剰となるとの見通しをうけ，医学部入学定員は1993年に7,725人，さらに1997年には7,705人まで削減され，この水準でほぼ10年間維持された。しかし，再び地域医療危機と絶対医師数不足の議論の高まりにより医学部入学定員は2007年より3年間で1,221人増員され，2010年においては8,846人となっている。

医師の需給問題がこのような経緯を辿った理由として，①医師養成課程に少なくとも10年といった長期の時間を要するため，方策実施とそれによる効果発現に長い時間のずれが生じた，②医師養成は，医療費・財政問題と切り離すことができないため，その時々の医療費の議論の影響を受けて医師養成数が決定されていた，③正適な医師数，適正な専門医数のデータがなく，それから算出されるべき不足医師数が明らかとされてこなかった，④医師が過不足となる要因は単一でなく，医師養成数の他にも医師の偏在などの要素も大きく影響し，現状の評価を複雑にしていた，などが考えられている[4]。

医師の総数が毎年3,000～4,000人程度増加し続けているにもかかわらず地域では医療崩壊が起こり，医療現場においては過重労働が長い間改善されていない[1][2]。このような実情は，現場の医師・医療者に医師不足が現実のものでありその原因が何年経っても医師が充足されない「絶対的医師不足」をベースに，医師の何らかの偏りを中心とした「相対的医師不足」が複雑に絡んだものであることを広く認識させるに至った[2]。

別刷請求先：中澤　勇一　〒390-8621
松本市旭3-1-1　信州大学医学部地域医療推進学講座

II 医師の絶対的不足

厚生労働省の医師・歯科医師・薬剤師調査では，2006年の医師数は277,927人と報告されている。1986年には，この数は191,346人であり，20年で医師数は約1.5倍に増加したことになる[7]。医師が増加しているにもかかわらずわが国が絶対的医師不足に陥っているとの論拠は，経済協力開発機構（OECD）諸国の人口当たりの医師数の比較によっている。2006年OECDのデータによると，人口100,000人当たりの医師数は，日本はOECD加盟30カ国中26番目の206人であった。同じ報告において，平均の医師数は人口100,000人対で310人とされ，他の先進諸国の医師密度は，イタリア370人，ドイツ350人，フランス340人，イギリス250人，アメリカ240人であった[8]。わが国の医師数はOECD諸国の平均のおよそ2/3であり，さらに100病床当たりの医師数では，わが国がOECD加盟国中最下位であり，米国の約1/3，ドイツの1/2の値と報告されている[9][10]。

どのくらいで医師が充足であるかの基盤データがわが国にはないため不足医師数の試算においてもOECDのデータに頼らざるをえない。このOECD平均に基づく試算では，医師不足数は127,000人との報告がある。一方，2004年の東北大学医学部地域医療システム学（宮城県）寄附講座の独自の試算では，医師不足数は175,000人であった[9]−[11]。

III 医師の相対的不足

相対的な医師不足の主な原因として，医師の地域偏在，診療科偏在，女性医師の増加，診療科の専門細分化，などが挙げられる[4][5][12][13]。また，医療需要の増大による医療業務の増大，医師の高齢化なども重要な原因とされる[1][14]。これらの要因は相互に関連しており，医師不足の議論をより複雑なものにしている。

A 医師の地域偏在

2006年の厚生労働省の医師，歯科医師，薬剤師調査では，わが国の医師数は人口100,000人対で206人とされ，都道府県別では，１位が京都府で約273人，以下２位徳島県，３位東京都であり，それぞれ約270人，約266人であった。同じ年の長野県の医師密度は，人口100,000人対190人と全国で33番目であった。甲信越，東北，北海道の各都道府県の医師数は，そのほとんどで平均値を下回っており西高東低の状況が認められている[15]。また，同じ都道府県においても地域による医師数格差は大きく，人口5,000人以下の町村では医師数はほとんど増加していないとされる[16]。

地方の医師不足は，2004年４月より始まった新臨床研修制度開始後に顕在化したと言われている。この制度により，若い医師が全国を視野に入れて研修病院を選ぶようになり，医師の都会への偏在・流動化が進んだとされる[4][8]。この研修医の偏在・流動化は初期研修のみならず，その後卒後３年目以降の専門（後期）研修のおいても見られるのが現状である。加えて学位より専門医志向の高まりにより，条件の良い市中病院に医師が集まるようになり，多くの地方の大学病院が医師不足に陥ったとされる。その結果，循環型医師派遣システムの中核をなしてきた大学の役割と地方の医師供給バランスが大きく崩れることになった。しかしながら，このような現状においても都会・都市部の医師が必ずしも充足しているとは言えず，特定診療科の医師不足によるさまざまな問題も指摘・報道されている。

医師の地理的な分布は市場原理（競合する診療科の医師は，患者獲得競争により医師数が増加すると，地域的に均等に分布していく）に従わないことが明らかにされている[6][16]。実際に，①1980年以降に医学部が新設された県において，県内医師のその後の増加にもかかわらず，県内の市町村間での医師の偏在はむしろ進行している，②人口当たりの医師数が多い都道府県においても，地域偏在は解消されず依然として大きな問題のままである，などの報告がある[6]。

B 医師の診療科偏在（表１）

医師になってまもなくの専門診療科の選択においては制限あるいは規制はなく，極めて特別な場合を除き，個々の医師の自由意思に任せられているのが実情である[4][12][13]。診療科医師の需給バランスは「神の見えざる手」によって取られてきたが，様々な影響にてその手の力も及ばなくなりつつあると言える[4]。

全医師数は1994年から2006年の間に19.3％，約43,000人増加しているものの，この12年間の医師数の増減は，診療科により大きく異なっており，外科系（一般外科，心臓血管外科，呼吸器外科，小児外科，脳神経外科の合計）は2.6％減，一般・消化器外科に限ると12.7％の減少とされる。同じ期間，整形外科は21.1％，小児科は10.1％。麻酔科は32.6％増加しており，産婦人科は4.9％のみの減少であった。また，29歳以下の医師数は1996年から2004年まで毎年26,000人から27,000人で大きな変動なく推移しているものの，

表１　1994年を基準とした2006年の診療科別医師数の増減率（％）
（文献17より改変引用）

増加した診療科	増加率（％）	減少した診療科	減少率（％）
整形外科	21.1	外科系	2.6
小児科	10.1	一般外科	12.7
麻酔科	32.6	産婦人科	4.9
眼科	21.5	一般内科	0.9
皮膚科	20.8		
呼吸器科	63.4		
消化器科	42.4		
循環器科	51.8		

外科系：一般外科，心臓血管外科，呼吸器外科，小児外科，脳神経外科の合計

この８年間に一般・消化器外科医のみ1,000人規模で減少していた[15)17)]。

１　外科医志望者減少の現状

外科医志望者減少が近年顕在化している。日本外科学会への入会希望者数は，1990年代には年間1,500人であったが，2000年以降1,000人以下となり，2006年には836人となった。2018年には新入会者が０になると試算されている[18)]。この外科崩壊の危機的状況を危惧し，平成19年の日本外科学会総会における大阪大学門田教授の，外科医減少についての会長講演に始まり，平成20年と平成21年においても同総会において外科医減少対策の特別企画やシンポジウムが組まれるようになった[19)20)]。さらにこれらに引き続いて，外科医減少に関しての新聞記事あるいは雑誌の特集記事も目につくようになりつつある。しかしながら，一般においては，小児科医・産科医・麻酔科医減少ほどの強い関心が見られないのが現状である。

２　外科医志望者減少の要因

外科医志望者減少は，最近の若手医師の意識の変化に大きく影響されていると言われている。生活のクオリティーやワークライフバランスを重視する傾向が強まっており，それに反する「過剰な労働量」「労働に見合わない低い診療報酬・給与」，「治療上の責任が重く，かつ訴訟のリスクも高い」，「徒弟制度がいまだに根強く，若い医師では，いわゆる下働きが必要となる」などの外科の現状は，外科敬遠の要因となっている[20)21)]。

また，現役外科医の意識も外科医減少に関与している可能性がある。2006年に日本外科学会が施行した35歳以下の若手外科医265人を対象とした全国アンケートでは，「外科医を続けたい」とした人は，「強く思う」と「そう思う」を合わせて70％弱であったが，「後輩に外科医を勧めるか」の質問に対しては，「強く思う」と「そう思う」を合わせて30％弱にとどまっていた。“自分は外科医であり，外科医を続けたいが，後輩には勧められない”，とは，すなわち外科医自身がさまざまな理由で疲弊し，外科の魅力を若い医師へ発信できなくなりつつある現状を示しているものと考えられる[19)20)22)]。

C　女性医師の増加

他の業種と同様な，結婚，出産，子育てなどによる一時的な就業率の低下ならびに女性の生物学的体力差などにより，女性医師の増加は相対的な医師不足であると理解されている[2)23)]。さらに，女性医師は特定の診療科を選択することが多いため，女性医師の増加は診療科偏在にも大きな影響を及ぼす要因と考えられる。

2006年には本邦における女性医師数が47,929人となり全医師の約17％を占めるようになった[7)15)]。2009年の冨沢らの報告では，女性医師会員が30％以上占める主な学会は，日本麻酔科学会，日本小児科学会，日本眼科学会，日本皮膚科学会であり，それぞれの女性医師の割合は32％，33％，40％，41％とされる。一方，外科系学会においては，女性医師会員の割合はいずれも５％以下であり，日本胸部外科学会・日本血管外科学会３％，日本消化器外科学会４％，日本外科学会５％であった[24)]。

近年，医師の若年層において女性医師の割合の増加が特に著しい。2006年の25歳から29歳の全医師に占める女性医師の割合は約36％まで増加している。また，診療科別では，この年令層において，小児科・小児外科で50％，産婦人科で73％であった[15]。

D　診療科の専門細分化

医学の高度化あるいは患者の需要の高まりにより，特に内科，外科においては診療科の専門細分化が進んでいる。多くの病院，特に規模の大きな病院においては臓器や領域ごとに細分化された診療科で専門的な診療や治療が行われている。岡山らの医師の診療範囲の変遷についての検討では，主診療科医師数の増加と従診療科医師数の減少により，医師の診療範囲が狭まっている現状が示されている[13]。この診療範囲の狭まりは，一人の患者が，多くの別々の診療科の医師にかかる状況につながり，必要医師の増加の一因となっている。

また，専門化・細分化の結果，医師の中での「患者を全人的に診療する」との意識が乏しくなり，自身の専門臓器を中心とした診療のみ行うなどの弊害が指摘されている。

E　医療需要の増大

医師不足・充足は，医師の需要と供給のバランスにより決定されると言える。高齢化による疾患増加に基づく需要の増加，医療技術の進歩・高度化における新たな技術への医師の動員，新たな診療領域の出現による医療需要の増大は医師不足を惹起するもの考えられる[1]。さらに，些細な症状でも受診するなどの患者サイドの需要の増加，患者・患者家族へのインフォームドコンセント，診断書作成などの医師の業務量の増加も医師の需要の増大に関与している。

例えば，麻酔科医師の絶対数は顕著に増加しているが，医療の質あるいは医療安全を意識しての麻酔科専門医の需要が急速に増大しているため，麻酔科医師は不足していると判断される。同じく，小児科医師数も近年増加しているが，小児救急の領域で小児科勤務医の需要が増加しているために，小児科医不足があるとされる[25]。

F　医師の高齢化

2006年厚生労働省の医師の需給に関する検討会の報告書では，「50歳以上となる医師が，今後の増加の中心となる」と指摘されている。2007年金村らの，医師の人口動態の推計モデルを用いた年齢構成予測でも，今後の主要な変化は50〜60歳代の医師の増加と女性医師の増加であることが示されている[14]。医師の高齢化は，今後の医師の労働力低下の重要な要因の一つである。

Ⅳ　主な医師不足への施策

医師養成数の増加により絶対的医師不足を解消しつつ，相対的医師不足の解決を図らなければならない。相対的医師不足については，さまざまなレベルにおいて多面的なアプローチが必要と考えられる。

A　医師養成数増加

前述したように政策の転換により医学部入学定員は近年増員されている。しかしながら，適正医師数・目標医師数がはっきりとしないわが国においては，医師養成増加数が適切か否かの評価ならびに増加策の期間などの方針は明確ではない。また，医師養成数増員の効果が出るためには10年余の時間経過が必要であることに留意しなければならない。伊藤は，医学部入学定員を1.5倍とした場合に，わが国推定適正医師数の450,000人へ達するには30年，２倍でも20年かかると推計している[10]。

学生を増員した場合の教員の確保は大きな問題である。医育機関における教員数の充足は，医学部が良質の医学教育を実施できるかどうかの絶対的な要因の一つであるが，わが国におけるこの教員数は，もともと欧米に比べ比較にならないほど少なく，その1/3から1/4と報告されている[26]。また，2005年わが国の80の医学部での教員の不足数は総計で65,000人との試算もある。医学部定員の50％増に対しては，教員の30-40％増が最低必要とされるが，この教員確保のための地域病院から医師の引き揚げを危惧する意見も根強い。

B　地域偏在に対して

地域偏在の大きな理由として専門医の増加が挙げられる。専門医は診療と治療の効率性を求めて都市部へ集中するものとされる。さらに，医師ならびにその家族の本来有する都会・都市部の地理的嗜好も大きく影響している。また，医師の地理的流動性も低いことが明らかにされており，都市部に勤務した医師は引き続き都市部で就業する傾向があるとされる。これらのことより，完成された医師の地域偏在の解消が容易でないことが示唆される[6][16]。前述のように医師の地域分布が市場原理に依存しないとなると，たとえ医師数の絶対数が増加しても地域偏在は解消されず，また地域勤務への金銭的インセンティブが必ずしも地域偏在解消において有効でない可能性があるものと考えられる。

よって，地方へ定着する医師を増やすためには，より早期（若年）の段階でのアプローチが必要となる。現行で実施可能な方策としては，① 地方出身の高校生の医学部医学科進学を促進する，② 地方大学医学部卒業生のその県内病院ないしは大学医学部附属病院での初期研修を促進する，③ 魅力ある 3 年目以降の専門（後期）研修プログラムを設け，県外出身者・県外大学出身者の県内での研修・固定を促進する，などが考えられる。

1　高校生を対象とした活動

医学部学生ならびに専門研修医においては，出身地ならびに出身地近くで勤務したいとの将来の希望があることが明らかにされており，地方（都道府県）から医学部医学科への進学者を増やすことは将来的な地方の医師充足のための方策の一つであると考えられる[27]。このためには，個々の学力向上はもちろんのこと，早期に現実の医療現場を見学・体験し，この学習を通し医師の仕事や医療についての理解を深め，高校生の医師を目指そうとする意欲を育むことも重要である。この趣旨に基づき医学部志望の高校生を対象とした医療現場体験セミナーが，島根県，長野県にて開催されている[28]。

2　医学部学生に対して

a　卒前教育

地方大学医学部においては，『より多くの卒業生をその地方に残す』が重要な課題となっている。この課題に対しては，医学部学生の自発的な行動に期待するだけでなく，大学としてできることを模索する必要がある。まず行うべきは，大学の医師・教員の教育志向を高めることと考えられる。すなわち，大学の医師・教員が，教育と診療において学生の良きロールモデルとなるべく意識することが重要である。このためには，大学・大学病院で働く医師の待遇改善は必要条件である。学生教育に参画する医員あるいは大学院生へのインセンティブ（手当）の導入，あるいは教員への任用増なども考慮すべきと考えられる[29]。同時に，その地方の医療の良さを，地域基幹病院から診療所などさまざまな医療機関における地域医療実習などにて見学・体験させることも必要である。地域医療実習では，指導する医師が同様に学生のロールモデルとなることを忘れてはならない。

b　地域枠・地域推薦枠入試と奨学金・修学資金制度

地方においては，「地方大学医学部にその地方の出身者が少なく都市部出身者が多いため，地方大学からその地域への医師定着率が低い」ことが問題となる。このため地方に勤務する医師を確保する対策として，地域枠・地域推薦枠入試が行われるようになった[28)30)]。2007年度には29道府県の大学で募集が行われ，2009年度入試においては，私立大学を含めて61大学約1,000人の定員でこの入試が実施されている。一般には，地元で勤務する意思を持った者を対象とするが，条件としての卒後の勤務地制限がないこともある。

また，都道府県においても，2008年度においては29道県に医師不足対策を行う部門が設置されている。医師確保の主な施策の一つとして，都道府県内の病院での卒後指定期間の勤務を返還免除の条件とした，奨学金・修学資金貸与制度があり，2008年には41県でこの制度を有するに至っている[28]。この制度は，その都道府県の大学医学部入試の地域枠・地域推薦枠に付加されることも多い。市町村などの自治体，病院組織あるいは病院が独自に運営している同様の制度もあり，それぞれに個別の返還免除条件を設けている。

地域枠・地域推薦枠あるいは奨学金・修学資金を得ている医学部学生には，卒前からその地域の医療の現状に触れさせ，地域医療マインドを涵養していくことが必要と考えられる。また，奨学金・修学資金の返還免除に関わる指定勤務期間終了後も，その地域の指導医としてあるいは地域医療を担う人材として勤務の継続を促すためには，必要十分な研修・修練ができる環境を整備し提供しなければならない。特に，勤務病院の決定においては，個々のキャリア形成に十分配慮する必要がある。

3　初期研修医教育とその後の医師養成

新臨床研修制度開始以後認められる若手医師の流動性は，それまで研修場所として主流であった大学の医局の枠を超えて自らのキャリアアップを求めた結果であると理解できる。教育環境が整備され，指導医の質が担保された病院で自身が満足するより良い研修をしたいとの意識は尊重されるべきである[31]。今，地方の大学病院と病院は，このような若手医師・研修医のニーズにいかに応えられるかが真に問われている。

地方の病院まで医師が行き渡らない原因として，時として地方病院勤務がキャリアアップにつながらない現状が考えられる。伊藤らの提唱する包括的医師育成機構は，地域で医師を育成する過程においてキャリアアップと医師の配置をリンクさせる点において理想的であると考えられる[2)31)]。この構想では，地域の病院での診療従事が，その後のキャリアアップに必要なス

テップとして認識・評価されるべきとされる。また，行政，大学（医学部）と地域病院群が，多様なキャリアパス作成・提示し，長期な視野に立ち協力して医師の教育と育成に参画する意義が強調されている。都道府県全体・地域全体で医師を養成するとの明確な意思表示は，「地方大学の卒業生をその地方に残す」あるいは「県外出身者と他大学出身者の定着」のための呼び水にもなりうるものであると考えられる。

このキャリアパスの中には，大学の入局と大学での研究も含まれる。医師の人材育成においては，技術習得・専門医取得などの実務とともに，医学の学問としての側面を学ぶ必要性も考慮されるべきである。

C　診療科偏在に対して

1　医師の誘導

診療科偏在に対しては，「誘導」が現実的な方策であると考えられる[4]。医師の自律性にまかせた誘導的施策では，卒前教育，初期研修でいかにそれぞれの診療科の面白さとやりがいを教えることができるかが鍵になる。昨年度に信州大学医学部地域医療推進学講座が実施した『長野県内の病院における専門（後期）研修に関するアンケート調査』においても，診療科選択における，卒前・卒後教育ならびに指導医・各診療科医師のロールモデルとしての役割の重要性が示されている[27]（表２）。

また，表２に示すように「専門研修の診療科を選択する際に何を重要視しましたか」の問いに対して「医師が不足している分野」項目の全体の平均値は2.4であったが，同じ項目の産婦人科研修中11人の平均値は3.2と有意に高値であった[27]。産科医減少・分娩施設の減少をはじめとする産科医療危機がさけばれた時期が，本アンケートの対象医師が医学部高学年から初期研修医であった時期に一致しており，特定診療科の医師不足の現状の提示が，不足する診療科への誘導の一つの手段となることが示唆される。

同じく『信州大学医学部医学科学生の将来の進路に関するアンケート調査』においては，不人気と予測された医学部学生の将来の進む診療科としての外科の人気は，決して低くはないことが示されている（表３）[27]。大学における卒前教育では，このような学生のポジティブな意識を十分把握し，継続して育てていくことが重要である。

2　予算からなる行政施策

厳しい労働環境による医師の疲弊が，特定の診療科の医師不足に関与している場合には，予算からなる行政施策が必要である。この施策としては，外科におけるフィジシャンアシスタントなどの導入による医業の分業化・労働生産性の向上，少ない診療科医師への金銭的インセンティブ導入と産科医療補償制度に代表される医療事故に対する仕組みなどの労働環境の整備が挙げられる[32)–37)]。

3　規制的施策

欧米では，専門診療科別の専門医の定員数が，政府あるいは専門職組織により需給バランスを考慮して規制されている[38)]。しかしながら，これらの国においてもプライマリケア医の不足などの診療科偏在は必ずしも解消されていないとされる[39)]。わが国でも，国あるいは公的機関による規制的な診療科調整・計画配置についての議論が始まっている。その一つとして2009年

表２　「専門研修の診療科を選択する際に何を重要視しましたか」の問いに対する14項目中上位７項目の平均値（１～４）
（平成21年度「長野県内の病院における専門（後期）研修に関するアンケート調査」より）　（文献27より改変引用）

項　　目	平均値
自分の関心のある疾患を扱う，興味がある	3.7
その分野に尊敬する医師・指導医がいる	3.2
初期研修で充実した研修をうけた	3.0
将来像がはっきり描ける	2.8
先輩医師の熱心な勧誘	2.6
卒前教育で印象に残った	2.6
医師が不足している分野	2.4

表３　各診療科への将来の進む可能性　各学年の平均値の高い上位５診療科を表示
各欄下の数字は平均値（１～５）を示す。
（平成21年度「信州大学医学部医学科学生の将来の進路に関するアンケート調査」より）
（文献27より引用）

順位	１年	２年	３年	４年	５年	６年
1	内科 3.3	内科 3.7	内科 3.1	内科 3.6	内科 3.3	内科 3.4
2	外科・総合診療 3	総合診療 3	外科 2.9	総合診療 3.3	外科 3.1	外科 2.7
3	小児科・救急科 2.8	外科・小児科 2.7	小児科・総合診療 2.8	救急科 3.2	小児科・救急科 2.5	救急科・総合診療 2.6
4	整形外科・脳外科 2.5	整形外科・脳外科 2.5	整形外科・救急科 2.6	外科 3	麻酔科 2.4	小児科 2.4
5	麻酔科・皮膚科 2.4	麻酔科 2.4	脳外科・麻酔科 2.5	小児科・麻酔科 2.8	総合診療科 2.3	脳外科・麻酔科 2.1

度の日本専門医制評価・認定機構による各診療科の必要専門医数とその適正配置についての検討がある[40]。

このような規制については『職業選択の自由の侵害』といった反発も強いが，一方で医師は公共資源であり，場合によっては個人の要望よりも適正な診療科への配置が優先されるべきとの意見もある[4]。

D　女性医師増加に対して

女性医師の増加に対して，これまでの男性医師を中心としたさまざまな仕組みや慣例を，より社会的にバランスのとれたものへ見直すことが必要である[41]。さらに，女性医師の真の能力を生かし，仕事と出産・育児などのライフイベントの両立を可能とさせる労働環境と社会基盤の整備が求められている[42]。女性医師が安心して働ける環境は，男性医師も疲弊することなく働ける環境そのものであり，女性医師増加への対策は，男女に関係なく勤務医の労働環境改善策そのものと言える[43]。

E　診療科の専門細分化に対して

学問的に高度な専門診療のみでは，医療問題が必ずしも解決できないことが明らかとなってきた。専門医とともに，幅広い診療範囲を有し総合的・全人的に診療できる医師，総合医の養成の整備が必要とされる[13]。総合医は，急性期・高度医療などを効率的に提供できるよう初期治療を担当し，急性期病院退院後の継続ケアならびに予防ケアも担当する地域密着型の医師であり，またゲートキーパーとして，疾患の重症度，必要な医療のレベルさらに医療が実際に必要か否かを判断する役割も負っており，過剰となる医療需要を減らすことができる人材とも言える[44]。

総合医の必要性に対する認識は高まりつつあり，その養成数も増えているが必ずしも地域のニーズに完全に応えるまでに至っていない。医療資源の効率的な利用の点からは，専門医を基幹・中核病院に配置し，総合医を主に地域の中小病院・診療所に配置することが理想的であると考えられる。専門医と総合医の養成数と配置のバランスの検討は，今後の重要な課題である。

F　他の対策

医師の高齢化に対しては，医業の分業化等により労働生産性の向上が必要と考えられる。また，過剰な医療需要の抑制のためには，かかりつけ医から始まる適切な医療の流れ，コンビニ受診の問題などについての地域住民への教育・啓蒙活動も必要と考えられる[45]。

近年，医療の体制が，病院単独完結型の医療から，地域全体で完結する医療へシフトしつつあるが，限られた医療資源の有効利用のためには，地域の病院の機能集中・統合・再編は避けられないとの意見もある[46]。

Ⅴ　医師数データについて

国内の医師数の比較には，厚生労働省が２年毎に行う医師・歯科医師・薬剤師調査のデータが用いられ，国際比較にはOECDの医師密度のデータが繁用されている。しかしながら，これら調査のデータの解釈に

おいては，それぞれの調査の背景にある問題点あるいは国によっての医療制度の違いを考慮する必要がある[7)11)]。医師・歯科医師・薬剤師調査の問題点としては，① 調査への回答者は有資格者の約90％とデータに欠損がある，② 医師数の中に高齢などの理由にて実際に診療を行っていない医師の数も含まれている，③ 実際の労働の状況が把握されていない，などが挙げられる。OECD の人口当たりの医師数データについても問題点が指摘されている。実際の医師数でなく常勤換算時の医師数，あるいは就労している医師数でなく医師免許取得者数を報告数としているなど，国によりその集計方法が異なることが明らかにされている。また，医師数は OECD 平均以下であるが，フィジシャンアシスタントなどの専門看護師を含む医師以外の職種が一部の医療行為を行っている米国の例などがあり，各国の医師数が必ずしも医療の供給実態とならないことが指摘されている。

医師の正確な需要の議論のためには，診療科ごとの診療実態を反映する指標のデータが必要であるとの指摘がある。今後，医師不足数を正確に評価し施策を検討・実施するためには，各都道府県，地域にどのような疾患の患者がどれくらい予測されるか，あるいは勤務時間を用いた医師繁忙度などによる実需の調査が必須と考えられる[11)47)48)]。また，医師養成数の検討においては，医師の年齢構成，女性医師の割合，今後の高齢化と医療の高度化，他の要因による需給バランスを反映することが必要である。

おわりに

医師不足は，都道府県あるいは地域単位で解決できる問題ではなく，わが国が一丸となって取り組むべき課題と言える。医療関係者全員が自らの問題として捉え，その解決策を真剣に模索しなければならない。確かに，医師不足の原因は複合的であり，短期的な医師不足の解決は困難であると考えられる。しかしながら，「できることから始める」ことが今必要とされている。

文　献

1) 本郷道夫：医師不足と地域医療の崩壊―現状と展望．Overview 序にかえて．医学のあゆみ 224：626-628，2008
2) 伊藤恒敏：東北大学地域医療システム学からの提言．医学のあゆみ 225：671-675，2008
3) 本田　宏：医療現場からの提言―医療崩壊を食い止めろ！ 医学のあゆみ 225：331-335，2008
4) 田中一成：医師はいったい何人必要なのか（上）―医師不足の原因と対策を考える．日本医事新報 4407：82-88，2008
5) 白石順一：医師数の推移について．日本病院会雑誌 54：12-29，2007
6) 自治医科大学（監）：地域医療テキスト．pp 8-14，医学書院，東京，2009
7) 井出博生：2,777,927人　医師数～総数よりも偏在？～．Nursing BUSINESS 3： 64-67，2009
8) 杉野　剛：医師養成・確保の現状と課題．病院 68：1000-1003，2009
9) 小笠原博信，伊藤恒敏，本郷道夫，金村政輝，木村秀樹，溝口二郎：必要医師数推計と医学部の適正定員．社会保険旬報 2357：30-35，2008
10) 伊藤恒敏，本郷道夫，金村政輝，木村秀樹，小笠原博信，溝口二郎：マグネットホスピタル　医療崩壊から地域医療を救う．pp 125-145，日本医療企画，東京，2008
11) 秋山祐治，西山在賢：わが国適正医師数の考察　病院経営持続性の観点から適正な医師数の根拠を探る．社会保険旬報 2326：10-17，2007
12) 山田章吾：医師偏在問題の原因を考える．学術の動向 5月号：34-39，2007
13) 岡山雅信，関根沙耶花，梶井英治：適正な医師養成システムなくして医師不足問題は解決しない．日本医事新報 4402：80-82，2008
14) 金村政輝，伊藤恒敏，木村秀樹，小笠原博信，溝口二郎，本郷道夫：今後の医師集団の人口動態の変化．日本医事新報 4363：80-84，2007
15) 厚生労働省：平成18年（2007）医師・歯科医師・薬剤師調査，2007
16) 小林廉毅：医師数と医師の分布．医療経済研究 18：142-146，2006
17) 進む若手医師の外科離れ：日経メディカル 4月号：58-61，2009
18) Monden M : Changing society, evolving surgery. Surg Today 38 : 195-205, 2008

19) 田邉　昇：外科医不足・医療崩壊の原因．外科治療 96：1035-1038，2007
20) 門田守人：外科からの提言―減少を続ける外科医の現状と展望．医学のあゆみ 225：260-263，2008
21) 労働負担増す外科勤務医：日経メディカル　4月号：62-63，2009
22) 牧野知紀：若手外科医の立場から―外科医の過重労働をどうするか．日外会誌 108　臨時増刊号：10-11，2007
23) 伊藤恒敏，本郷道夫，金村政輝，木村秀樹，小笠原博信，溝口二郎：マグネットホスピタル　医療崩壊から地域医療を救う．pp 116-119，日本医療企画，東京，2008
24) 冨沢康子，川瀬和美，萬谷京子，永田康浩，寺本龍生：医学会分科会における女性医師支援の現状：アンケート調査から．日外会誌 110：154-161，2009
25) Matsumoto K，Kitazawa T，Ito Shinya，Seto K，Hasegawa T，Hasegawa T： Study on supply，demand and distribution of physicians in JAPAN．日本医療マネジメント学会雑誌 10：575-582，2010
26) 伊藤恒敏，本郷道夫，金村政輝，木村秀樹，小笠原博信，溝口二郎：マグネットホスピタル　医療崩壊から地域医療を救う．pp 100-105，日本医療企画，東京，2008
27) 信州大学医学部地域医療推進学講座：平成21年度調査研究・活動報告書，2010
28) 自治医科大学（監）：地域医療テキスト．pp 132-138，医学書院，東京，2009
29) 清元秀泰，松原修司，黒田泰弘，羽場礼次，平尾智広，森岡多栄子，河野雅和，正木　勉，中村　祐，伊藤　進，秦利之，山本哲司，横見瀬裕保，鈴木康之，筧　善行，千田彰一，人見浩史，大森浩二，土橋浩章，乾　政志，西山成，横井　徹，高橋則尋，徳田雅明，上田夏生，長尾省吾，石田俊彦：良質な卒後臨床研修医獲得に向けた香川大学医学部の試み．Progress in Medicine 29：1613-1619，2009
30) 渡部新太郎：医師の需給研究(2)―地域偏在と国の新医師確保総合対策―．治療 89：2697-2708，2007
31) 伊藤恒敏，本郷道夫，金村政輝，木村秀樹，小笠原博信，溝口二郎：マグネットホスピタル　医療崩壊から地域医療を救う．pp 161-177，日本医療企画，東京，2008
32) 桜井　充：日本政治からの提言．医学のあゆみ 225：523-528，2008
33) 田林晄一：外科医を支援する外科医がいなくなる⁉　外科医の果たしてきた成果と外科医の逃散および再生．病院 68：714-717，2009
34) 遠藤玲奈，髙木安雄，池上直己：米国における Physician Assistant の役割と日本における外科医療の分業化．病院 68：722-727，2009
35) 保谷芳行，岡本友好，矢永勝彦：Stop the 「外科医不足」：今すぐできること，やるべきこと　シリーズ 3 ：医師偏在の是正．日外会誌 109：115-116，2008
36) 高橋俊雄：外科医不足への取り組み―今すぐやるべきこと，中・長期的プラン―　大都市の医師不足対策．日外会誌 109　臨時増刊号：6-9，2008
37) 国や現場で始まった待遇改善の模索：日経メディカル　4月号：64-67，2009
38) 渡邊清高，土屋了介：医師後期専門研修のあり方と病院の役割．病院 68：1010-1014，2009
39) 大河内二郎：海外における医師数政策―診療科および地域による調整についての比較研究―．日臨麻会誌 25：467-472，2005
40) 医師の計画配置：日経メディカル　7月号：23，2009
41) 日本家庭医療学会（編）：がんばれ！女性医師・医学生　仕事とパーソナル・ライフの充実をめざして．pp 14-19，プリメド社，大阪，2008
42) 布施克也：女性医師を取り巻く諸問題　病院長の立場からサポートできること．新潟医学会雑誌 122：554-559，2008
43) 川瀬和美，萱間真美，冨澤康子，野村幸世，明石定子，萬谷京子，寺本龍生：日本外科学会女性外科医支援委員会によるアンケート自由記載内容の質的分析　その 2 ．女性外科医を働きやすくするために取り組むことは何か．日外会誌 111：40-43，2010
44) 自治医科大学（監）：地域医療テキスト．pp 2-7，医学書院，東京，2009
45) 自治医科大学（監）：地域医療テキスト．pp 151-159，医学書院，東京，2009
46) 小山田恵：医師不足と地域医療の崩壊―自治体病院からの提言．医学のあゆみ 224：787-790，2008

47）田中一成：医師はいったい何人必要なのか（下）―医師不足の原因と対策を考える．日本医事新報 4408：79-84，2008
48）堺　常雄：医師臨床研修制度の見直しと今後の医師養成の課題．病院 68：994-998，2009

（H 22．8．23 受稿）