

指標

医師確保計画

副会長

佐古 和廣

はじめに

1985年の医療法改正で、各都道府県は医療機関の適正な配置や医療資源の効率的な活用、病院の機能分化などを図るため、医療圏の設定や病床数、病院や救急体制の整備についての医療計画を策定することが義務づけられた。医療計画を遂行する上で重要な役割を果たすのは医師である。全国的に医師数は増加してきているものの、依然として地域における医師不足や医師の偏在は深刻な課題となっており、その解消には至っていない。

医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会は、2017年12月に第2次中間取りまとめを行い、医師偏在対策の基本的な考え方及び具体的な医師偏在対策について、法改正が必要な事項を含めて事項の整理を行った。それを受け、2018年3月に「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」が国会に提出され、同年7月に成立した。その具体策が「医師確保計画策定ガイドライン」と「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」にまとめられ、3月29日に都道府県に通知された。これまでの医療計画では「医療従事者の確保に関する事項」の一部として医師確保対策を定めてきたが、この医療法の一部改正により、医療計画に定める事項として新たに「医師の確保に関する事項」が規定され、都道府県は医療計画の一部として「医師確保計画」を策定することとされた。本稿ではその内容を整理し今後の課題につき検討したい。

医師確保計画策定の趣旨

医師の偏在は、地域間、診療科間のそれぞれにおいて、長きにわたり課題として認識されながら、現時点においても解消が図られていない。2008年度以降、地域枠を中心とした全国的な医学部定員の増加等を行ってきたが、医師偏在対策が十分図られな

指標のポイント



都道府県は医療計画の策定（5年ごと見直し）を義務づけられているが、その中核は医師確保である。従来は「医療従事者の確保に関する事項」の一部として医師確保対策を定めてきたが、医療法の一部改正により、医療計画に定める事項として新たに「医師の確保に関する事項」が規定され、都道府県は医療計画の一部として「医師確保計画」を策定することとされた。今回の医師確保計画は、従来の人口10万対医師数から、地域の人口・人口構成に基づく医療ニーズ、医師の年齢・性別による労働時間の差異等考慮した「医師偏在指標」を新たに定め、全都道府県、二次医療圏の医師偏在指標に順位づけを行い、下位1/3を医師少数都道府県、医師少数二次医療圏に指定し、重点的に医師確保計画を策定するものである。

れば、地域や診療科といったミクロの領域での医師不足の解消にはつながらない。これまで、地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられてきたが、これは医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たしておらず、データに基づいた医師偏在対策を行うことが困難であったが、今後は新たに導入した医師偏在指標に基づき医師少数区域・医師多数区域等を設定し、医師少数区域等においていかに医師を確保するかについて集中的な検討が図られることとなる。

医師偏在指標

先に述べたように、これまで医師の偏在を測る指標として、人口10万人対医師数が用いられてきたが、地域の医療ニーズに合致した効果的な医師偏在対策の実施のためには、医師偏在の度合いを適切に示す指標として新たな算出方法が定められた。医師偏在指標の設定に当たっては、以下の5要素を参考のうえ、厚生労働省が算出し、都道府県に提供することとなった。

①医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化

地域によって、人口の年齢構成や男女比率が異なるが、年齢や性別によって受療率は異なる。この違いは人口10万人対医師数では考慮できていないため、指標の算出に当たっては、地域ごとの医療ニーズを、地域ごとの人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別の受療率を用いて調整することとする。

②患者の流出入

昼間人口と夜間人口は、地域差はあるものの、比較すると増減が見られる。入院医療については地域医療構想における推計方法を参考に、患者住所地を元に医療需要を算出する。外来医療については、現実の受療行動に関するデータを参考の上で、患者の

流出入を反映することを方針としている。北海道では、入院患者数については実際に入院している施設での患者数を反映するため、「患者調査」を用いて調整し、外来患者見込みについては、できるだけ身近な医療機関を受診できることを前提にすることとし、昼夜間人口比を基に算定する。

③へき地等の地理的条件について

医師確保対策は、二次医療圏ごとに設定された医師少数区域を基本としているが、二次医療圏ごとの医師偏在指標での比較ではきめ細かい対応は不可能である。このため、局所的に医師が少ない場所を、都道府県知事が「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うこととされた。

④医師の性別・年齢分布について

地域によって、医師の年齢構成や男女比率が異なるが、年齢や性別によって医師の平均労働時間は異なる。今後、性別等によらず働きやすい環境整備を進めることが必要ではあるが、今回の医師偏在指標の算出に当たっては、地域ごとの性・年齢階級別医師数を、性・年齢階級別の平均労働時間によって重み付けを行うこととされた。

⑤医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

医師偏在を、区域、診療科、入院／外来という視

点で分析を加える。区域では三次医療圏及び二次医療圏それぞれごとに算出することとなっている。しかし、三次医療圏については、医師確保計画等が都道府県単位で設置された医療審議会や地域医療対策協議会での協議を経て定められるものであることから、運用上は都道府県単位で算出することとする。入院／外来については、外来診療の多くを担う診療所の地域偏在が存在しており、外来医療機能については医師偏在指標と分離して指標を設けるべきであるが、地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応の一環として検討を行うこととする。診療科別の医師偏在については、基本的対応として、まずは診療科と疾病・診療行為との対応を整理する必要があり、検討のための時間を要する。しかしながら、特に周産期医療、小児医療は、医療計画上、政策的に医療の確保を図るべきものとして位置づけられており、一方で産科・産婦人科、小児科の医師数は、医師全体に比べ増加割合が少なく、労働時間も長時間となる傾向にあることから、地域偏在に早急に対応する必要がある。また、一定の前提の下、診療科と疾病・診療行為との対応を現時点で整理することが可能である。こうした観点から、暫定的に、産科、小児科について診療科別医師偏在指標を示し、地域

医師偏在指標の算出式

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}(\ast 1)}{\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比}(\ast 2)}$$

(※1) 標準化医師数 = $\sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$

(※2) 地域の標準化受療率比 = $\frac{\text{地域の期待受療率}(\ast 3)}{\text{全国の期待受療率}}$

(※3) 地域の期待受療率 = $\frac{\sum (\text{全国性年齢階級別調整受療率}(\ast 4) \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$

(※4) 性年齢階級別調整受療率（流出入反映） = $\frac{\text{無床診療所医療医師需要度}(\ast 5) \times \text{全国の無床診療所受療率} \times \text{無床診療所患者流出入調整係数}(\ast 7) + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整係数}(\ast 8)}{\text{地域の人口}}$

(※7) 無床診療所患者流出入調整係数 = $\frac{\text{無床診療所患者数}(\text{患者住所地}) + \text{無床診療所患流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数}(\text{患者住所地})}$

(※8) 入院患者流出入調整係数 = $\frac{\text{入院患者数}(\text{患者住所地}) + \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数}(\text{患者所在地})}$

(※5) 無床診療所医療医師需要度 = $\frac{\frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}}{\text{全国の無床診療所外来患者数}(\ast 6)} - \frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}}{\text{全国の入院患者数}}}{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}}$

(※6) 全国の無床診療所外来患者数 = $\text{全国の外来患者数} \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数[無床診療所]}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数[有床診療所・無床診療所]}}$

偏在是正に向けた対応等を行うこととなった。

医師少数区域・医師多数区域の設定

医師偏在の度合い等に応じた実効的な医師確保対策を進められるよう、医師偏在指標を用いて医師少数区域及び医師多数区域を設定し、区域分類に応じた具体的な対策を実施する。都道府県ごと、または二次医療圏ごとの医師偏在指標の上位33.3%をそれぞれ医師多数都道府県、医師多数区域に、下位33.3%を医師少数都道府県、医師少数区域に設定し、医師少数区域には重点的な医師確保対策を行う。

計画期間

当初の計画は現行の医療計画の終期と合わせ、2020年度から2023年度の4年間とし、2024年度以降は3年毎に見直しを行う。

北海道医師確保計画

1. 医師確保の方針

都道府県における医師確保対策の実施体制の強化に向け、医療法上、医師確保計画として都道府県内における医師の確保方針と二次医療圏ごとの医師確保方針をそれぞれ医療計画に盛り込むこととされている。

北海道全体の方針は、道全体の医師数は現状維持していくことを基本方針とする。医師の養成のほか、医師のキャリア形成への配慮、勤務環境の改善等による医師の定着支援をすすめる。道内には医師少数区域が多数あることから、他都道府県からも医師を招聘する施策を推進し、道全体の医師数の確保に努める。道内の医師多数区域から医師少数区域への医師派遣を促進する施策を推進することで地域偏在の是正に努め、医師少数区域から脱却させることを目指す。

二次医療圏ごとの方針は、医師少数区域では、医師少数区域からの脱却を目指し、現状の医師数を増加させる。医師の確保にあたっては、医師多数区域からの確保を基本とする。必要に応じて医師中間区域からの医師確保も行うこととするが、当該医師中間区域が医師少数区域とならない範囲とする。医師中間区域は、医師少数区域に陥ることのないよう、必要に応じて医師多数区域からの医師確保を行うこととする。医師多数区域は、他の二次医療圏からの医師確保は行わないことを基本とする。医師多数区域内での医師偏在に対しては、当該区域内での医師確保を基本とする。医師少数区域への重点的な医師派遣を促進する。また、医師中間区域に対しても必要に応じた医師派遣を行う。

2. 医師偏在指標に基づく医師確保の目標

表1に北海道の二次医療圏の医師偏在指標を示した。全国順位は国からの確定値の発表がないので暫

定順位である。3年間（初年度は4年間）の計画期間中に医師少数区域及び医師少数都道府県がその時の医師偏在指標の下位33.3%の水準を脱するためには、そのために要する具体的な医師の数を定める必要があり、これを目標医師数として定義する(表2)。例えば、宗谷圏域は計画策定時点医師数59人で2023年度目標医師数は78人、追加確保必要数19人となる。

今回の目標医師数算定にあたっては、策定時点医師数は主たる業務先を算出の基礎としており、大学や都市部からの非常勤医師は勤務実態の把握が難し

表1 医師偏在指標

No	全国順位	二次医療圏	医師偏在指標	区分
1	43	上川中部	281.1	医師多数区域
2	47	札幌	275.4	
3	125	南渡島	194.4	医師中間区域
4	137	西胆振	190.0	
5	142	上川北部	189.0	
6	143	後志	188.9	
7	152	中空知	186.0	
8	170	十勝	178.4	
9	186	東胆振	172.3	
10	213	留萌	165.5	
11	225	南空知	161.2	医師少数区域
12	267	釧路	147.1	
13	272	南檜山	144.6	
14	274	遠紋	144.3	
15	287	北網	140.8	
16	315	日高	124.2	
17	322	富良野	118.4	
18	323	北空知	118.2	
19	326	根室	115.5	
20	327	北渡島檜山	114.8	
21	333	宗谷	107.9	

*全国二次医療圏の医師偏在指標の確定値が国から示されていないことから、全国順位は現時点で不明。確定値が示されることで、医師少数区域・多数区域が設定されることとなる。

表2 目標医師数

圏域区分	該当する二次医療圏	国算出			道計画	
		策定時点医師数	国算出目標数	追加確保必要数	目標数	追加確保必要数
医師少数区域	宗谷	59	77.5	18.5	78	19
	北渡島檜山	48	57.9	9.9	58	10
	根室	72	92.7	20.7	93	21
	北空知	512	62.6	11.6	63	12
	富良野	50	62.4	12.4	63	13
	日高	64	72.7	8.7	73	9
	北網	334	366.0	32.0	366	31
	遠紋	99	98.5	-0.5	99	0
	南檜山	295	26.4	-2.6	29	0
	釧路	396	408.6	12.6	409	13
	南空知	266	237.6	-28.5	266	0

*国の目標医師数暫定値に基づく試算。

く加算されていないため、一定の仮定のもとに算出された目安である点には留意すべきである。

3. 目標の達成に向けた施策

北海道の医師確保対策を表3に示した。これまでも各種対策を講じてきたが地方の医師不足解消には

表3 北海道の医師確保対策

項目	施策の方向と主な施策	関連事業（取組）	現時点での方向性等
■北海道全体の医師数を維持・確保する			
①医師の養成・キャリア形成支援	北海道の地域医療に関心のある道内外の医学生を対象に、臨床研修病院合同説明会を開催するとともに、魅力ある臨床研修病院づくりに向けて、指導医を対象とする講習会を開催し臨床研修医の確保に努めます。	<input type="radio"/> 合同プレゼンテーション <input type="radio"/> 臨床研修病院協議会 <input type="radio"/> 道外学生招へい <input type="radio"/> 指導医養成事業	<input type="checkbox"/> 合プレはイベントとして定着し、参加者は増加傾向にある。今後も必要な見直しを行いながら継続していく。 <input type="checkbox"/> 継続実施
	青少年（中学生等）を対象とした医療体験学習会等を開催するとともに、教育庁とも連携し、医学部への進学を目指す高校生に対する働きかけを行うなど、将来、本道の医療を担う人材の育成を推進します。	<input type="radio"/> 青少年育成事業 <input type="radio"/> 【道教委】地域医療を支える人づくりプロジェクト	<input type="checkbox"/> H30年度迄で全道21圏域を一巡。R1年度から二巡目に入っている。 <input type="checkbox"/> 継続実施 地域医療の現状や地域枠制度について直接知ってもらえる機会となっている。
	地域枠学生や地域枠医師に対し、地域勤務に対する不安解消のための相談支援等に取り組むほか、地域医療に貢献できるよう、地域枠医師のキャリア形成に十分配慮しながら、地域枠制度の安定的な運営に努めます。	<input type="radio"/> 地域枠制度 <input type="radio"/> 医対協の運営	<input checked="" type="checkbox"/> 医師少数区域への対応とキャリア形成や効果的な配置などについては引き続き検証と見直しを行う ⇒見直し案の検討
	地域医療に対する理解と意欲を高めるため、医学生等を対象に医育大学が行う地域医療実習を促進します。	<input type="radio"/> 医学生等地域医療体験実習事業	<input type="checkbox"/> 継続実施 参加学生数の増加に向けて医育大学への働きかけや事業のPRを推進
	専門研修プログラムの認定に向け、地域医療確保の観点から「北海道専門医制度連絡協議会」において、専門研修プログラムを確認し、医師の地域偏在が拡大しないよう取り組みます。	<input type="radio"/> 専攻医等確保推進事業（医対協の運営） （指導医派遣事業）	<input type="checkbox"/> 継続実施
	地域の分娩体制維持のため、周産期医療志望者の確保対策を推進します。	<input type="radio"/> 地域枠制度 <input type="radio"/> 産科医・小児科医養成支援	<input type="checkbox"/> 継続実施
	医師数が減少している周産期などの領域の現状を把握・分析し、医育大学等とも連携した取組を推進します。	<input type="radio"/> 地域枠制度 <input type="radio"/> 医対協の運営	<input type="checkbox"/> 継続実施
	将来の地域医療を担う「総合診療医」の養成に繋げるため、医育大学等における総合診療教育を促進します。	<input type="radio"/> 医学生等地域医療体験実習事業	<input type="checkbox"/> 継続実施
	＜医育大学の入学定員＞ ・（令和2年度及び3年度における臨時増員数を記載。） ・令和4年度以降は国の医師需給推計等をみながら、必要な定員数の確保に努めます。	<input type="radio"/> 医学部定員に係る大学との連携（地域枠制度） <input type="radio"/> 各種要望	<input type="checkbox"/> R2・3年度の臨時増員数を計画に明記する必要あり。国全体として、R4年度以降は定員減に向けた検討を行うとされている。
	②医師の定着支援	北海道医療勤務環境改善支援センターが医療機関の勤務環境を確認し、勤務環境の改善につながる助言を行うなど、医療機関の勤務環境改善に取り組めます。	<input type="radio"/> 勤務環境改善支援センター
子育て中の医師が安心して勤務できるよう、病児病後児保育等の子育て支援や短時間正規雇用制度の導入の促進のほか、育児等により離職している医師の再就業のため、医育大学や北海道医師会が行う復職相談や復職研修に対する支援を行います。		<input type="radio"/> 医師就労支援事業（女性医）	<input type="checkbox"/> 継続実施 <input type="checkbox"/> 復職支援の更なる活用に向けた方策など検討
自治医科大学卒業医師や地域枠医師が義務年限終了後も引き続き地域医療に貢献できるよう、キャリアサポートに努めます。		<input type="radio"/> 自治医科大学への入学者選抜 <input type="radio"/> 自治医科大学卒業医師の配置 <input type="radio"/> 道職員医師の採用	<input type="checkbox"/> 継続実施 <input checked="" type="checkbox"/> 地域枠医師はR4年度末で義務年限を終了する者が出てくる。以後も道内に定着してもらえるような施策を検討していく
医育大学からの地域の医療機関への指導医派遣等により、地域における研修体制を整備します。		<input type="radio"/> 地域医療支援センター運営	
広域分散型の本道においては、幅広い診療に対応できる総合診療医は重要な役割を担うことから、医育大学、北海道医師会等の関係団体や学会などとの連携の下、総合診療医の確保・活用に取り組めます。		<input type="radio"/> 総合診療医人材確保・養成 <input type="radio"/> 医対協の運営	<input type="checkbox"/> 継続実施
診療所での外来診療や在宅医療の提供のほか、地域の中核的医療機関での複数の健康問題を抱える患者に対する対応などについて、総合診療医と他の専門診療科や多職種との連携促進に努めます。		<input type="radio"/> 総合診療専門医活動支援 <input type="radio"/> 総合診療医地域連携支援（HPサイトの開設）	<input type="checkbox"/> 継続実施
③道外からの医師確保	SNSの活用など、若手医師・学生へのアプローチを強化し、臨床研修医や専攻医確保に取り組めます。	<input type="radio"/> ホームページの充実 <input type="radio"/> FB、twitterの取組	<input type="checkbox"/> 継続実施 医師・学生への情報発信は継続的に必要
	北海道での初期臨床研修を考えている道外医学生を対象として、地域の医療機関への体験実習や臨床研修病院合同説明会への参加の取組を進め、道外からの臨床研修医確保に取り組めます。	<input type="radio"/> 合同プレゼンテーション <input type="radio"/> 道外学生招へい <input type="radio"/> 道外学生地域医療体験	<input type="checkbox"/> 継続実施

項目	施策の方向と主な施策	関連事業（取組）	現時点での方向性等
③道外からの医師確保	○ 北海道での勤務を考えている道外在住の医師を対象として、地域医療の現場視察や体験勤務などの取組を行うなど、 <u>道外からの医師招へいを進めます。</u>	○ 地域医療視察・体験 ○ 道外医師招へい（東京事務所）	<input type="checkbox"/> 継続実施
④医師確保対策に係る体制確保	○ 医育大学、北海道医師会等の関係団体や市町村により構成する「北海道医療対策協議会」において、 <u>地域医療を担う医師の確保、養成に関する在り方を協議・検討していきます。</u>	○ 医対協の運営	<input type="checkbox"/> 機能強化に向け、医対協の構成など見直しを検討
	○ 医療法第30条の25に基づき設置した「北海道地域医師連携支援センター」において、 <u>医師の地域偏在解消のために必要な対策を推進します。</u>	○ 地域医師連携支援センター	<input type="checkbox"/> 継続実施
	○ 医師の養成・確保を巡る課題解決のためには、国の制度設計や運用による対応が重要なことから、 <u>地域偏在や診療科偏在の解消に向けた制度の改善、財政支援措置の拡充等を国へ働きかけます。</u>	○ 各種要望	<input type="checkbox"/> 継続実施
■二次医療圏の医師偏在の是正に向けた取組み			
①短期的・即効的な対策	○ <u>医師確保が困難な自治体病院等に対し、一定期間、北海道大学地域医療支援センター、旭川医科大学地域医療支援センター及び札幌医科大学地域医療支援センターからの医師派遣</u>	○ 地域医療支援センター運営 ○ 自治医科大学卒業医師の配置 ○ 地域枠制度	<input type="checkbox"/> 継続実施 ■ 医師少数区域への対応 ⇒見直し案の検討
	○ <u>地域の医療機関への自治医科大学卒業医師の配置</u>	○ 自治医科大学卒業医師の配置	<input type="checkbox"/> 継続実施
	○ <u>地域の医療機関への、地域枠医師の配置</u>	○ 地域枠制度	<input type="checkbox"/> 継続実施 ■ 医師少数区域等への対応 ⇒見直し案の検討（再掲）
	○ <u>地域の医療機関における医師不足の深刻な状況を踏まえ、医師確保が困難な医療機関に対し、都市部の医療機関から緊急臨時的な医師派遣を行う体制の整備を図ります。</u>	○ 緊急臨時的医師派遣事業	<input type="checkbox"/> 継続実施 ■ 医師少数区域への対応 ⇒見直し案の検討
	○ <u>北海道地域医療振興財団が行う地域の医療機関への常勤医師の紹介や休暇時等の短期診療医師の紹介の取組を促進します。</u>	○ 地域医療振興財団補助（ドクターバンク事業）	<input type="checkbox"/> 継続実施 ■ 事業内容の拡充、体制強化 ⇒見直し案の検討
	○ <u>地方・地域センター病院等、地域の中核的医療機関の機能強化を図るとともに、地域の医療機関に対する代替医師及び診療協力のための医師派遣を促進します。</u>	○ 地方・地域センター病院機能強化事業	<input type="checkbox"/> 継続実施
②中長期的な対策	○ 各医育大学における地域枠（貸付枠）の維持	○ 北海道医師養成確保修学資金	<input type="checkbox"/> 継続実施 各医育大学に対し貸付枠の維持を要請
	○ 地域枠、地元出身者枠の設定		<input type="checkbox"/> 必要医師数の将来推計等を元に今後検討

至っていない。しかし、これらの対策がなされなければさらに悪化していたと考えられる。

北海道全体の医師数を維持・確保するための取り組みとしては、北海道の地域医療に関心のある道内外の医学生を対象に臨床研修病院合同説明会の開催（合同プレゼンテーション）や将来の地域医療を担う「総合診療医」の養成につなげるため、医育大学等における総合診療教育を促進する「医学生等地域医療体験実習事業」などの継続。

医師が道内で働き続けることのできる定着支援の推進として、子育て中の医師が安心して勤務できるよう、短時間正規雇用制度の導入促進や、離職した医師の再就業のため医育大学や北海道医師会が行う復職相談・研修に対する支援などの「医師就労支援事業」、医療機関の勤務環境を確認し、勤務環境の改善につながる助言を行うなど、医療機関の勤務環境改善の推進等の継続。

二次医療圏の医師偏在の是正に向けた取り組みとして、短期的な（即効性のある）医師派遣ができる施策として北海道地域医療振興財団が行う地域の医療機関への常勤医師や短期診療医師の紹介を行う「ドクターバンク事業」、都市部の医療機関から緊急臨時的な医師派遣を行う「緊急臨時的医師派遣事

業」、道内医育大学に設置する地域医療支援センターからの医師派遣を行う「地域医療支援センター運営事業」の推進があげられる。

中長期的な医師確保に資する取り組みとして、医師養成過程を通じた地域における医師確保を図る。2008年度以降、地域枠設置を要件とした医学部の臨時定員の増員が行われてきたが、今回の医療法改正の附帯決議において、地域枠の医師の定着の観点から、地域枠と地域枠以外の入学枠を峻別した上で募集を促す対応が必要であるとの指摘があった。このため、厚生労働省は、文部科学省の協力の下、臨時定員の増員を開始した平成20年度以降はじめて、都道府県に対する実態調査を実施し、公表した。一般枠とは別枠の募集定員を設ける「別枠方式」では、募集数の95%に奨学金貸与実績があるのに対して、一般枠等と共通で選抜し、選抜の事前又は事後に地域枠学生を募集する「手挙げ方式」では、奨学金貸与実績は募集数の69%にとどまっていた。このことを受け臨時定員に係る地域枠は、「別枠方式」しか認めないこととなった。地域枠については、都道府県内の特定の地域での診療義務を課することができることから、都道府県内において二次医療圏間の偏在を調整する機能がある。北海道は、臨時定員に係る入学定員の維持を国に要請、一方3医育大学には医

師養成確保修学資金貸付金を活用した貸付枠（地域枠制度）の維持を要請する方針である。

2019年の北海道の地域枠医師の地域勤務者は127名でその内訳は、初期研修55名、地域勤務53名、選択研修19名である。現行の地域枠が維持されたなら2025年にはその数は266名となり、医師少数区域の医師不足は一定程度解消される見込みである（表4）。しかし、それぞれの医療機関は道から派遣される医師をただ待つだけではなく、義務で来た医師が義務年限を終了した後、自らの意思でその地域・病院で働きたいと思いついてくるような努力をしなければ、臨時定員増はいつまでも続くわけではないので医師不足は永久に解消しない。

表4 地域枠医師の地域勤務者の推移

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
初期研修	44	51	57	55	67	66	56	59	56	59
地域勤務	7	25	42	53	61	73	112	131	131	141
選択研修	-	-	5	19	39	54	55	55	67	66
計	51	76	104	127	167	193	223	245	254	266

医師確保計画の課題

今回の医師確保計画では医師総数を指標としているが、診療科別の医師偏在についても解消が求められる。医療の高度・専門化が進んだ結果、診療科の細分化が進み、地方の中小病院ではすべての専門医をそろえることは困難で、その空白を埋める医師がないことが問題となっている。総合診療医の養成への期待はそのことを反映している。診療科の偏在解消には医師の配置の見直しも重要であるが、養成段階での偏在の解消も同時に行わなければならない。新臨床研修制度が始まった2004年から2016年の道内の診療科別医師数を表5に示した。北海道全体では11%増加しているなか、外科、泌尿器科はわずかに減少している。今回の新専門医制度の基本領域別のシーリング導入は診療科偏在解消に一定の効果が期待できるが、課題もある。例えば北海道は麻酔科のシーリングがかかっているが、麻酔科専門医は、麻酔、救急、ペインクリニックなどに関わっており、麻酔医が充足しているという印象はない。日本では自由標榜制をとっており標榜科と疾病・診療行為との関係が明確ではないというのが課題で、今後新専門医制度の中でこの課題への対応も必要と考える。このような状況から、今回の医師確保計画には診療科偏在対策は入っていないが、標榜科と疾病・診療行為の対応が比較的明確な産科・小児科については診療科ごとの偏在対策の検討を行うこととされた。

表5 道内の診療科別医師数の推移

	内科	外科	小児科	産婦人科	婦人科	精神科	泌尿器科
2004	4,683	2,566	598	395	48	619	330
2012	4,684	2,567	634	390	87	716	340
2014	4,774	2,568	642	381	82	703	321
2016	4,905	2,550	639	400	76	733	326

	皮膚科	眼科	耳鼻科	麻酔科	救急	その他	計
2004	306	467	357	421	-	700	11,490
2012	330	478	359	471	83	587	12,262
2014	338	469	362	509	85	641	12,431
2016	347	480	363	523	88	667	12,755

(厚労省：医師・歯科医師・薬剤師調査)

外来診療については、外来医療機能の多くは診療所で提供されていることから、診療所医師数をベースとした指標を作成することとされたが、地域ごとに病院と診療所がどの程度対応しているかの割合が異なることから、病院の状況も協議の材料として活用できるように、病院・診療所の対応割合も情報提供される。このことに関しては、外来医療計画として現在策定が進められているので、別の機会に譲りたい。

今回の医師偏在を可視化し、その解消を図る医師確保計画は、「医学部定員の増員により医師数の全国的な増加を図ったとしても、医師の偏在対策が十分図られなければ、地域の医師不足の解消にはつながっていかない」との考え方のもと、具体的な医師偏在対策をまとめたものである。

今後、医師需給推計を行うに当たっては、医師の働き方改革に関する検討結果だけでなく、2036年の偏在是正に必要な対策を行うために必要となる医師数への配慮も必要である。医師の需給推計の結果によっては、近い将来に医師がマクロで過剰となる可能性もある。その際、地域枠設置を要件とする臨時定員をどのように取り扱うかが論点となるが、北海道のような人口密度が低く広大な医療圏を有する県には現行の医師偏在指標には反映されない要素も今後加えることを求めていくことが必要と考える。

資料

- 1) 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第4次中間取りまとめ、平成31年3月22日
- 2) 第3回地域医療を担う医師確保に関する検討委員会資料、令和元年10月10日
- 3) 第3回地域枠医師キャリア形成支援検討委員会資料、令和元年10月10日