

# 国立国会図書館

## 医師不足の現状と対策

—医師養成数と医師の配置を中心に—

調査と情報—ISSUE BRIEF— NUMBER 954 (2017. 3.28.)

はじめに

I 医師養成過程と医師数の現状

- 1 医師養成過程
- 2 全国の医師数
- 3 地域別・診療科別等の医師数

II 医師不足が社会問題化するに至った経緯

- 1 医師養成数
- 2 医局と新医師臨床研修制度
- 3 病院勤務医の勤務環境

III 近年の医師不足への対応

- 1 医師養成数の増員
- 2 医師の配置
- 3 勤務環境の改善等

おわりに

- 近年、地域の医師不足により、病院が診療制限を余儀なくされる事態が生じている。これまでに、大学医学部入学定員の増員や、勤務地や診療科を医師が自由に選べる自主性を前提とした偏在対策が講じられてきたが、問題解決には至っていない。
- 今般、厚生労働省の検討会において、今後数年間の医学部入学定員の在り方や、一定の規制を含めた偏在対策が議論されている。医学部入学定員の増員をめぐっては、賛否両論ある。また、一定の規制を含めた偏在対策、すなわち、都道府県等・診療科ごとに専門医を目指す専攻医の研修枠を設定することや、一定期間医師不足地域で勤務することを保険医登録等の条件とすることには、様々な問題点も指摘されている。

国立国会図書館

調査及び立法考査局社会労働課

つつみ けんぞう  
(堤 健造)

第954号

## はじめに

我が国の対人口臨床医数は、諸外国と比べて少ない<sup>1</sup>。しかも、医師は、勤務場所や専門とする診療科等を自由意思により決定することができる<sup>2</sup>。その結果、近年、地域の医師不足が問題となっている。離島や山間地域等のへき地に限らず、地域の中核的な病院や都市部の病院においても救急医療や小児科、産科等を中心に病院勤務医の不足が深刻化し、平成19年頃から救急患者のたらい回しや公立病院の休止等が相次いだ<sup>3</sup>。こうした医師不足に対応するため、平成20年度から大学医学部入学定員が増員されるとともに、このような定員増員が医師の地域定着につながるよう、勤務地や診療科を医師が自由に選べる自主性を前提とした偏在対策が実施されてきた。しかし、地域の医師不足は解消しておらず、現在も診療制限を余儀なくされている病院がある<sup>4</sup>。このような中、いわゆる「骨太の方針2016」（平成28年6月2日閣議決定）<sup>5</sup>には実効性のある地域偏在・診療科偏在対策を検討することが明記され、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」、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」等において、一定の規制を含めた偏在対策の検討も進められている。

本稿では以下、医師不足の現状と対策について、医師養成数と医師の配置に焦点を当てて整理する。

## I 医師養成過程と医師数の現状

### 1 医師養成過程

医師になるには、医師国家試験に合格し医師免許を取得する必要がある。医師国家試験を受験するためには原則として、我が国の大学医学部（6年制）を卒業しなければならない。また、診療に従事しようとする医師は、「医師法」（昭和23年法律第201号）に基づき、医師免許取得後2年以上の臨床研修を大学病院又は厚生労働大臣が指定する病院（臨床研修病院）で受ける必要がある。さらにその後も、多くの医師が、専門医資格の取得を目指して3～5年の研修を受けている。臨床研修期間中は「研修医」、専門医研修期間中は「専攻医」と呼ばれる。<sup>6</sup>

\* 本稿におけるインターネット情報の最終アクセス日は、平成29年3月21日である。

<sup>1</sup> 我が国の人口千対臨床医数は、OECD加盟国の加重平均（2.8人）を下回る2.3人である。OECD加盟国の加重平均とは、加盟国の全臨床医数を加盟国の全人口で除した数に千を乗じた値。また、OECD加盟国の単純平均（各国の人口千対臨床医数の合計を国数で除した値）は3.2人。（「今後の検討の全体構造」と関連する現状・施策について」（第3回「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」参考資料1）2016.11.15, p.9. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000142917.pdf>>）

<sup>2</sup> 『医師不足問題の現状とその対策に係る最近の動向について』衆議院調査局厚生労働調査室, 2010, p.25.

<sup>3</sup> 自治医科大学監修『地域医療テキスト』医学書院, 2009, p.132; 「医学部新設か、定員増か、「医師不足」巡り対立続く」『読売新聞』2011.12.18.

<sup>4</sup> 例えば愛知県では、全病院の22.6%が、医師不足を原因とした診療制限を行っている（平成28年6月末時点）。主な診療科別では産婦人科において、医師不足を原因とした診療制限を行っている病院の割合が最も高い。（愛知県健康福祉部保健医療局医務国保課地域医療支援室医師確保推進グループ「県内病院における医師不足の影響に関する調査結果について」2016.9.16, pp.2-3. <[http://www.pref.aichi.jp/uploaded/life/140147\\_156779\\_misc.pdf](http://www.pref.aichi.jp/uploaded/life/140147_156779_misc.pdf)>）

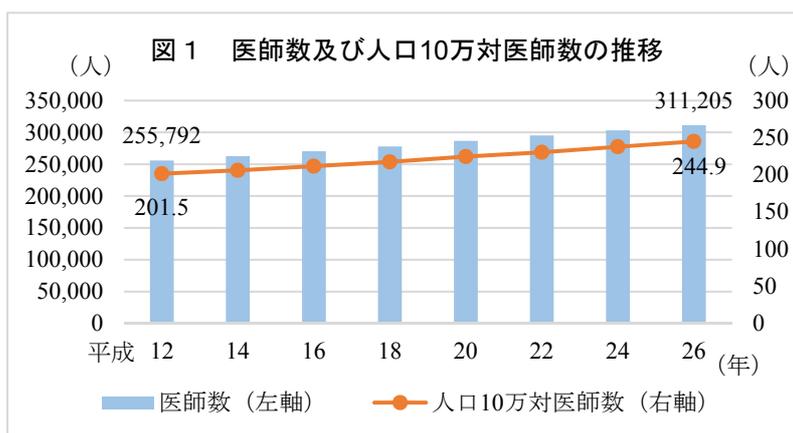
<sup>5</sup> 「経済財政運営と改革の基本方針2016—600兆円経済への道筋—」内閣府 HP <[http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2016/2016\\_basicpolicies\\_ja.pdf](http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2016/2016_basicpolicies_ja.pdf)>

<sup>6</sup> 西村淳編著『入門テキスト 社会保障の基礎』東洋経済新報社, 2016, p.165; 島本明「医師のキャリア形成 都市部の民間病院が人気」『エコノミスト』94巻28号, 2016.7.5, p.92等。

専門医についてはこれまで、各学会が自律的に専門医制度を設け運営してきた。しかし、専門医の乱立や質のばらつきが問題視されていた<sup>7</sup>。このため、厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」の報告書<sup>8</sup>を踏まえ、第三者機関である一般社団法人日本専門医機構が、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行うこととされ、平成 30 年度<sup>9</sup>を目途に新たな専門医の養成を開始する予定である（新専門医制度）。

## 2 全国の医師数

我が国の医師数は、近年、毎年 4,000 人程度増加し続けて、平成 26 年には 311,205 人に達し、人口 10 万対医師数でも、平成 12 年に 201.5 人であったのが、平成 26 年には 244.9 人へと増え続けている（図 1）。それでも、平成 22 年 6 月 1 日時点で、全国の病院及び分娩取扱い診療所における現員医師数と必要医師数<sup>10</sup>の合計数は、現員医師数の 1.14 倍<sup>11</sup>であった<sup>12</sup>。ただし、将来推計については、「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。以下「中間取りまとめ」という。）<sup>13</sup>によれば、平成 36（2024）年頃に約 30 万人で医師の需給が均衡し、平成 52（2040）年には供給が約 3.4 万人過剰（需要 29.9 万人、供給 33.3 万人）になる<sup>14</sup>。



(注) 各年 12 月末時点。  
 (出典) 厚生労働省「平成 26 年 (2014) 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」p.3. <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/14/dl/gaikyo.pdf>> を基に筆者作成。

## 3 地域別・診療科別等の医師数

まず、平成 26 年の医療施設に従事する人口 10 万対医師数を都道府県別に比較すると、西高東低の傾向があり、最多の京都府（307.9 人）と最少の埼玉県（152.8 人）との間で 2 倍の差が

<sup>7</sup> 「「新専門医制度」1 年延期 なぜ? 「医師不足招く」地方が反発」『読売新聞』2016.7.31.

<sup>8</sup> 「専門医の在り方に関する検討会 報告書」2013.4.22. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju-att/2r985200000300lb.pdf>> 同報告書においては、プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として新専門医制度を設計すべきとされている。

<sup>9</sup> 当初は平成 29 年度から養成を開始する予定であったが、新専門医制度の導入によって医師や専攻医が都市部の大学病院等に集中し、地域偏在が更に拡大するのではないかと懸念が地域医療関係者から示され、開始時期が延期された。

<sup>10</sup> 調査時点において求人しているにもかかわらず充足されていない医師数に、調査時点において求人していないが医療機関が必要と考えている医師数を加えたもの。

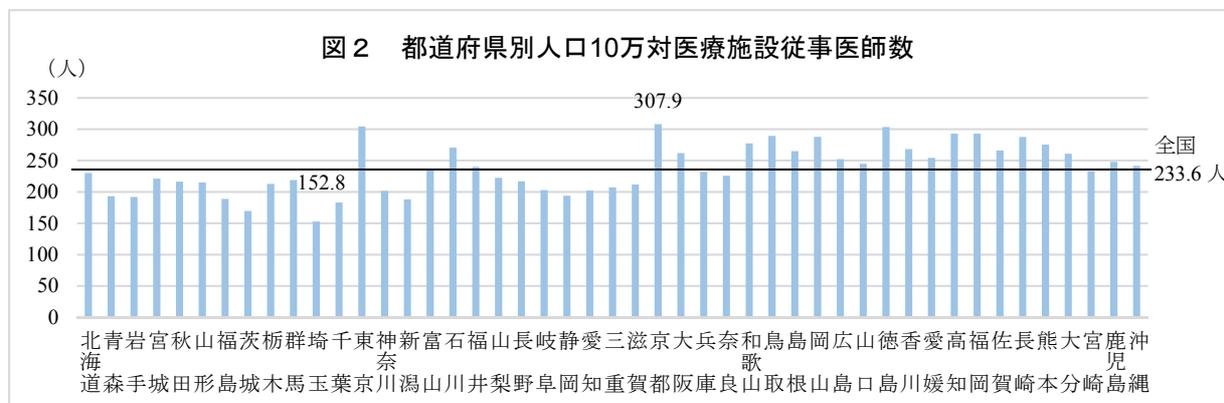
<sup>11</sup> 現員医師数と必要医師数の合計数の現員医師数に対する比率について、都道府県別や診療科別では差が見られる。

<sup>12</sup> 厚生労働省「病院等における必要医師数実態調査の概要」2010.9.29, pp.1-6, 8-10. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000ssez-img/2r9852000000sseg.pdf>>

<sup>13</sup> 「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」2016.6.3. 厚生労働省 HP <[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120207\\_6.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120207_6.pdf)>

<sup>14</sup> 中位の需要推計の場合。

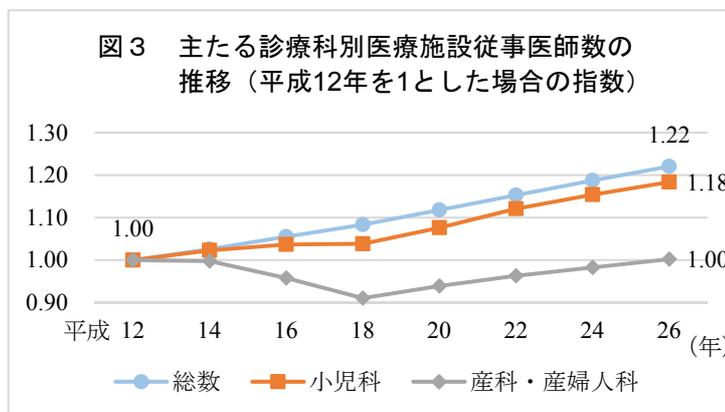
ある(図2)。また、同一都道府県内においても、二次医療圏<sup>15</sup>ごとに偏在があり、東京都の10.6倍、愛知県の4.6倍を始めとして、どの都道府県においても1.5倍以上の差が生じている(平成26年12月末時点)<sup>16</sup>。



(注) 平成26年12月末時点。

(出典) 厚生労働省「平成26年(2014)医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」p.43. <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/14/dl/gaikyo.pdf>> を基に筆者作成。

次に、医師不足が指摘されている小児科や産科・産婦人科について、医療施設に従事する医師数の推移を見ると、小児科は全体の増加率よりも伸びが低く、産科・産婦人科は減少が続いた後に増加に転じているものの、平成26年時点で平成12年と変わらない(図3)。また、近年は、医療施設に従事する医師に占める女性の割合が上昇を続けて20.4%に達しているが、小児科では34.2%、産科・産婦人科でも33.4%に上っている(いずれも平成26年12月末時点)<sup>17</sup>。慢性的な長時間労働や不規則な勤務形態により、出産や育児を機に離職せざるを得ない女性医師は少なくない<sup>18</sup>。このため、女性医師の復職対策が遅れば、更に医師不足が進むと懸念されている<sup>19</sup>。



(注) 各年12月末時点。

(出典) 厚生労働省「平成26年(2014)医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」p.50. <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/14/dl/gaikyo.pdf>> を基に筆者作成。

<sup>15</sup> 医療圏とは、都道府県が医療計画(地域の実情に応じて医療提供体制の確保を図るために各都道府県が策定する計画)の中で定める地域的単位のことである。日常生活に密着した保健医療を提供する一次医療圏(基本的に市町村単位)、病院等における一般的な入院医療を提供する二次医療圏(おおむね広域市町村圏)、専門的かつ特殊な保健医療サービスを提供する三次医療圏(多くの場合、都道府県単位)がある。

<sup>16</sup> 「『今後の検討の全体構造』と関連する現状・施策について」前掲注(1), p.6.

<sup>17</sup> 厚生労働省「平成26年(2014)医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」pp.33, 39. <<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/14/dl/gaikyo.pdf>>

<sup>18</sup> 「女性医師支援へ成功例集」『読売新聞』2014.8.3.

<sup>19</sup> 同上

## II 医師不足が社会問題化するに至った経緯

### 1 医師養成数

前述のとおり、医師になるには医師国家試験に合格する必要がある、医師国家試験を受験するためには大学医学部を卒業しなければならない。医師国家試験の合格率は比較的高いため、医学部入学定員の増減が医師養成数の増減に直結することになるが、この定員の設定については、文部科学省が管理している<sup>20</sup>。

医学部入学定員は、昭和36年の国民皆保険の実現以降、医療需要の増加に応えるために増やす方針が採られ、「経済社会基本計画」（昭和48年2月13日閣議決定）<sup>21</sup>では、いわゆる「一県一医大構想」（無医大県の解消）が打ち出された。しかし、急激な定員増は、日本医師会を始め医療関係者の間で医師過剰への懸念を招き、医師過剰による医療費の増大を懸念する声も高まった<sup>22</sup>。そのため、医師数を抑制する方針が「今後における行政改革の具体化方策について」（昭和57年9月24日閣議決定）<sup>23</sup>に盛り込まれ、これを受け昭和61年6月には、厚生省（当時）の「将来の医師需給に関する検討委員会」の最終意見<sup>24</sup>において、将来医師が過剰になるとの推計に基づき、昭和70（平成7）年を目途に医師の新規参入を10%程度削減すべきであると提言された。この提言を踏まえて定員の削減が進められ、「財政構造改革の推進について」（平成9年6月3日閣議決定）<sup>25</sup>においても、引き続き定員の削減に取り組むこととされた。<sup>26</sup>（別表1、2）

### 2 医局と新医師臨床研修制度

#### (1) 医局

大学医学部には教育研究組織として講座、大学病院には診療組織として診療科が置かれているが、両者が一体となって教育研究や診療を行うために、医学部講座の教授が通常、大学病院の各診療科長を兼ねている<sup>27</sup>。このような教授を中心とした講座、診療科に所属する医師の集団を医局と呼ぶが、法令上又は予算上位置付けられた組織や仕組みではない<sup>28</sup>。医局はこうした教育研究機能等に加え、医師を病院に派遣する機能（派遣先病院は関連病院と呼ばれる）を併せ持っている。

<sup>20</sup> 土屋了介「医師確保の現状と今後」『病院』71巻2号、2012.2、p.102; 池上直己「第7章 日本の医師の配置を規定する要因」池上直己編著『包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ—日本からの教訓—』日本国際交流センター、2014、p.167。<<http://www.jcie.org/japan/j/pdf/pub/publst/1452/s7.pdf>> 等。

<sup>21</sup> 経済企画庁編『経済社会基本計画—活力ある福祉社会のために—』大蔵省印刷局、1973。

<sup>22</sup> 吉村仁厚生省保険局長（当時）は、医師数の増加を医療費の増大と結びつけて考えていた（吉村仁「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」『社会保険旬報』1424号、1983.3.11、p.13.）。

<sup>23</sup> 「今後における行政改革の具体化方策について（行政改革大綱）」『日本社会保障資料IV（1980-2000）』国立社会保障・人口問題研究所 HP <<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryu/no.13/data/shiryu/souron/4.pdf>>

<sup>24</sup> 厚生省健康政策局医事課監修『医師数を考える—将来の医師需給に関する検討委員会最終意見—』日本医事新報社出版局、1986。

<sup>25</sup> 「財政構造改革の推進について」首相官邸 HP <<http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/1997/0604zaisei-kaku.html>>

<sup>26</sup> 島崎謙治『医療政策を問いなおす—国民皆保険の将来—』筑摩書房、2015、pp.185-187; 伊関友伸『自治体病院の歴史—住民医療の歩みとこれから—』三輪書店、2014、p.435等。

<sup>27</sup> 第154回国会衆議院厚生労働委員会議録第17号 平成14年6月5日 p.11。

<sup>28</sup> 同上

(i) 教育研究機能

医師免許を取得した医師は従来、医局に入局するのが通例であり、臨床技術を習得しながら研究に従事して博士号取得を目指した。医局の優先順位は研修よりも研究が高く、専門医資格よりも博士号取得が目標とされていた。臨床研修については、出身大学やその関連病院を中心に、専門診療科のみで研修を行うことが一般的であったため、幅広い診療能力が身に付きにくかった。また、地域医療との接点が少なく、「病気を診るが、人を診ない」と評されていた。<sup>29</sup>

(ii) 医師派遣機能

入局した研修医を含む若手医師は、医局の指示の下、一定期間、大学病院と複数の関連病院の間を数年おきに異動しながらキャリアを築く。関連病院は、医局からの医師派遣によって安定的に医師を確保することができた。<sup>30</sup>

(2) 新医師臨床研修制度の導入

平成16年度から、それまで医師の努力義務とされていた臨床研修が義務化され、将来の専門分野にかかわらず基本的な臨床能力を修得させることを目的とする新たな医師臨床研修制度が実施された。同制度においては、研修医が自由に研修先を選び、病院側の希望と突き合わせるマッチング方式が採用されたことに加え、研修医の募集定員について、総数や地域別の調整がほとんど行われず、全国の定員は研修希望者を大幅に上回った。こうした状況の下、出身大学病院よりも研修内容等が良い都市部の臨床研修病院を選ぶケースが増えた<sup>31</sup>。しかも、大学病院で研修する場合も、研修医に研修専念義務が課せられたり、複数の診療科で研修を行う方式が採用されたりしたため、従来のように専門診療科において、研修医を戦力にすることができなくなった。さらに、中堅指導医の確保等研修体制の充実を迫られた。このため、医師不足に陥った医局は、関連病院から中堅医師の引揚げを行い、その対象となった地方の中小公立病院等の中には、診療科の閉鎖等を余儀なくされたところもあった。<sup>32</sup>

### 3 病院勤務医の勤務環境

我が国の医療提供体制は、病床数こそ多いもののそこに張り付く医師が少ない、「広くて薄い」医師の配置体制となっている。このような中で、患者の入院期間の短縮等による診療密度の上昇、インフォームドコンセントや医療安全に対する配慮の強化、医療技術の向上と複雑化・多様化、時間を問わず専門医に診てもらいたいといった患者側の要望の拡大、医師が作成する文書量の増大等によって、平成18年頃には、病院における勤務の繁忙感が年々強まっていること

<sup>29</sup> 泉田信行「4章 医療サービス供給体制」宮島洋ほか編『社会保障と経済 3 (社会サービスと地域)』東京大学出版会, 2010, p.69; 長谷川敏彦「医師と労働—その歴史と展望—」『日本労働研究雑誌』56巻4号, 2014.4, p.11. <<http://www.jil.go.jp/institute/zassi/backnumber/2014/04/pdf/010-013.pdf>> 等。

<sup>30</sup> 島本明「『白い巨塔』も今は昔 衰退する大学病院の医局」『エコノミスト』94巻36号, 2016.9.6, p.86; 水島郁子「勤務医に関する労働法上の諸問題」『日本労働研究雑誌』52巻1号, 2010.1, p.44. <<http://www.jil.go.jp/institute/zassi/backnumber/2010/01/pdf/042-052.pdf>> 等。

<sup>31</sup> 臨床研修病院と大学病院における研修医の採用実績について、全体に占める割合は、平成15年度時点では臨床研修病院27.5%、大学病院72.5%であったが、平成28年度時点では臨床研修病院59.5%、大学病院40.5%である(「平成28年度の医師の臨床研修医の採用実績を公表します」厚生労働省HP <[http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-10800000-Iseikyoku/202\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-10800000-Iseikyoku/202_1.pdf)>)。

<sup>32</sup> 島崎謙治『日本の医療—制度と政策—』東京大学出版会, 2011, pp.324-325; 臨床研修制度のあり方等に関する検討会「臨床研修制度等に関する意見のとりまとめ」2009.2.18, p.2. 厚生労働省HP <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/dl/s0226-10a.pdf>>

が医療現場から強く指摘されていた。患者側の要望の拡大に関しては、特に小児について、夫婦共働きが増え、それほど重くない症状でも休日夜間の救急を利用するケースが増加したとされる。また、医療事故をめぐる訴訟が増加し、特に産科医が訴えられる割合が高かった。その上、平成 18 年に出産時の妊婦の死亡事故について担当の産科医が刑事責任を問われたこともあり（福島県立大野病院事件）、医師の責任を問う傾向が強まっていた。繁忙感に加え、勤務に見合う処遇が与えられず、訴訟リスクに晒されていることも含め、社会からの評価も低下しつつあるという感覚が中堅層に広がり、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もなされていた。<sup>33</sup>

### III 近年の医師不足への対応

#### 1 医師養成数の増員

##### (1) 既設医学部の定員増

特定の地域や診療科における医師不足を指摘する声の強まりを背景に、厚生労働省に「医師の需給に関する検討会」が平成 17 年 2 月に設置された。その報告書（平成 18 年 7 月）<sup>34</sup>において、平成 34（2022）年には医師の需給が均衡するものの、医師不足県に対し定員の暫定的な調整を検討すべきとされ、「新医師確保総合対策」（平成 18 年 8 月「地域医療に関する関係省庁連絡会議」）<sup>35</sup>に基づき、暫定的な定員増が実施された。また、「緊急医師確保対策」（平成 19 年 5 月政府・与党）<sup>36</sup>に基づき、医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するための暫定的な定員増等が実施された。平成 20 年 6 月には厚生労働省が、前述した平成 9 年の閣議決定の見直しを打ち出した<sup>37</sup>。いわゆる「骨太の方針 2008」（平成 20 年 6 月 27 日閣議決定）<sup>38</sup>においては、早急に過去最大程度まで定員を増員することとされ、医師不足が深刻な地域や診療科の医師を確保する観点から定員増が実施された。その後も、「骨太の方針 2009」（平成 21 年 6 月 23 日閣議決定）<sup>39</sup>及び「新成長戦略」（平成 22 年 6 月 18 日閣議決定）<sup>40</sup>に基づき、卒業後に特定の地域や診療科で従事することを条件として奨学金<sup>41</sup>を支給する仕組み（後述する地域

<sup>33</sup> 柴畑潤「医師不足問題への取り組み—その現状・背景・対応策—」『週刊社会保障』2431号, 2007.5.14, pp.39-41; 「医師の需給に関する検討会報告書」2006.7, pp.5-6. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf>>

<sup>34</sup> 「医師の需給に関する検討会報告書」2006.7. 同上

<sup>35</sup> 地域医療に関する関係省庁連絡会議「新医師確保総合対策」2006.8.31. 厚生労働省 HP（国立国会図書館インターネット資料収集保存事業（WARP）により保存されたページ）<<http://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/258944/www.mhlw.go.jp/topics/2006/08/dl/tp0831-1d.pdf>>

<sup>36</sup> 政府・与党「緊急医師確保対策について」2007.5.31. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kin-kyu/dl/01a.pdf>>

<sup>37</sup> 『安心と希望の医療確保ビジョン』厚生労働省, 2008. <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0618-8a.pdf>> 将来的に医師養成数の 50%程度増を目指すべしとされた（「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会中間とりまとめ」2008.9.22. p.1. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0922-6a.pdf>>）。

<sup>38</sup> 「経済財政改革の基本方針 2008—開かれた国、全員参加の成長、環境との共生—」内閣府 HP <<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/cabinet/2008/decision080627.pdf>>

<sup>39</sup> 「経済財政改革の基本方針 2009—安心・活力・責任—」内閣府 HP <[http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/cabinet/2009/decision0623\\_01.pdf](http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/cabinet/2009/decision0623_01.pdf)>

<sup>40</sup> 「新成長戦略—「元気な日本」復活のシナリオ—」首相官邸 HP <<http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2010/sinseic-hou01.pdf>>

<sup>41</sup> 地域医療介護総合確保基金等による補助が行われている。同基金は、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成 26 年法律第 83 号。以下「医療介護総合確保推進法」という。）に基づき、消費税増収分を活用して各都道府県に設置されたもので、医療従事者の確保に関する事業が対象事業の 1 つとなっている。

枠の一形態)等を活用した定員増が行われている。(表1、別表1、2)

表1 平成20年度以降の医学部入学定員増施策

	施策	増員期間	増員数	
暫定定員増	①新医師確保総合対策 医師不足が特に深刻と認められる10県及び自治医科大学を対象として、各県等10人まで。	平成20～29年度	105人	計 1,637人
	②緊急医師確保対策 医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するための定員増。全都道府県を対象として、各都府県5人まで、北海道は15人まで。	原則平成21～29年度	212人	
	③経済財政改革の基本方針2009・新成長戦略 地域枠等の枠組みによる定員増。地域枠の枠組みでは、都道府県ごとに毎年原則10人まで。	平成22年度以降の各年度～平成31年度	676人	
恒久定員増	④緊急医師確保対策 医師養成総数が少ない神奈川県と和歌山県を対象として、各県20人まで。	平成20年度～	40人	
	⑤経済財政改革の基本方針2008 医師不足が深刻な地域や診療科の医師を確保する観点からの定員増。	平成21年度～	504人	
	⑥東北医科薬科大学医学部の新設 東日本大震災からの復興のための特例として新設。	平成28年度～	100人	

(注1)「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」公表(平成28年6月)前までの施策。

(注2)③の増員数は平成28年度時点。

(出典)「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(案)補足資料」(第6回「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」参考資料1)2016.5.19, p.37. 厚生労働省HP <[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120212\\_5.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120212_5.pdf)>等を基に筆者作成。

中間取りまとめ(平成28年6月)では前述(I-2)のとおり、医師需給推計により、平成36(2024)年頃に需給が均衡し、その後は供給過剰になることを示した。しかし、平成29年度までの暫定的な定員増(表1の①、②)は、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・診療科を対象に設けられたこと等から、これを当面延長するとされた。一方、毎年定員を追加増員できる表1の③について、平成29～31年度までの追加増員は、慎重に精査していくとされた。平成32年度以降の医師養成数については、今回の見直しによる医師偏在対策の効果等について可能な限り早期に検証を行い、結論を得ることとされている。ただし、この将来推計は、平成29年度までの定員増の取扱いについて早急に結論を得るために行った暫定的なものであり、平成28年度中に医師の働き方等を把握するための全国調査を行い、「新たな医療の在り方を踏まえた医師の働き方ビジョン(仮称)」を策定した上で、改めて必要な医師数を検討することとされている。

## (2) 医学部新設

医師養成数の1.5倍増をマニフェストに掲げ、医学部を新設するとした民主党政権下において<sup>42</sup>、平成22年12月、文部科学省に「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」が設置され、医学部新設の是非について検討された。しかし、推進派と慎重派の意見が対立し、

<sup>42</sup> 『民主党の政権政策 Manifesto』民主党, 2009, pp.18-19. <[http://archive.dpj.or.jp/special/manifesto2009/pdf/manifesto\\_2009.pdf](http://archive.dpj.or.jp/special/manifesto2009/pdf/manifesto_2009.pdf)>; 『民主政策集 INDEX 2009』民主党, 2009, p.26. <<http://archive.dpj.or.jp/policy/manifesto/seisaku2009/img/INDEX2009.pdf>>

結論には至らなかった。こうした状況の中、平成 28 年 4 月には、東日本大震災からの復興のための特例として、東北医科薬科大学医学部が新設された（表 1）。また、平成 29 年 4 月には、国家戦略特区の事業として、国際的な医療人材育成のための医学部を国際医療福祉大学に新設する予定である。

### (3) 賛否

このような定員増に対して、日本医師会と全国医学部長病院長会議は、平成 20 年度以降の定員増を踏まえると、人口千対医師数が平成 37（2025）年頃には OECD 加盟国の加重平均を超えることや、現在の医学部定員を維持した場合、平成 37（2025）年には 18 歳人口 117 人に 1 人、平成 62（2050）年には 79 人に 1 人が医学部に入学することになるため、医学生の学力低下が懸念されること等を挙げ、暫定的な定員増分の早急な削減を提言している<sup>43</sup>。また、医学部新設について、新設には教員が多数必要となるが、地域の病院等から医師を引き抜けば、地域医療は崩壊の危機に晒されること等を挙げ、反対している<sup>44</sup>。寺野彰全国医学部長病院長会議相談役は、最大の反対理由は、医学部を新設すれば廃止は困難となるため、医師数の調整が難しくなることであると述べている<sup>45</sup>。

他方、治療機会が多い高齢者の増加に対応したり、病院勤務医の過重労働を軽減したりするためにはより多くの医師が必要になる、以前と同じ労働量は提供できない高齢医師が増加するため医師が充足することはない、対人口医学部数が大幅に不足している地域では新設しなければ対応できないとの理由で、医学部新設を求める見解がある<sup>46</sup>。また、医学部よりも、4 年制大学卒業者を対象に、臨床医を養成すべく実践的な教育を行うメディカルスクール<sup>47</sup>を新設すべきとの意見もあるが、医学部とは別の教育システムを作れば医師の階層化が起こるといった反対意見もある<sup>48</sup>。

## 2 医師の配置

### (1) 地域枠

各大学は特定の地域や診療科の医師不足の改善を目的として<sup>49</sup>、地域医療等に従事する明確な意思を持った学生を選抜する地域枠（地元出身者のための選抜枠、出身地にかかわらず地域医療に従事する意思を有する者を対象とした選抜枠等）を定員の中に設けている。地域枠は、一般とは別枠の選抜方式、奨学金貸与、卒業後の一定期間の地域での勤務義務付けといった特徴を持つ形態が一般的である<sup>50</sup>。平成 18 年度から急速に広がり始め<sup>51</sup>、平成 28 年度時点で定員 9,262 人の約 2 割（1,617 人、うち地元出身枠 783 人）を占める<sup>52</sup>。卒業後に奨学金を返還し県

<sup>43</sup> 日本医師会・全国医学部長病院長会議医師偏在解消策検討合同委員会「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言—求められているのは医学部新設ではない—」2015.12.2, pp.9-10. <[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20151202\\_3.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20151202_3.pdf)>

<sup>44</sup> 同上, pp.10-11.

<sup>45</sup> 「37 年ぶり新設 個性で勝負する」『Aera』29 巻 43 号, 2016.10.3, p.29.

<sup>46</sup> 岩田智博「首都圏の医師が「消える」」『Aera』26 巻 24 号, 2013.6.3, pp.24, 28; 『読売新聞』前掲注(3)

<sup>47</sup> 米国の医師養成は、学部教育（学部の種類は問われない）修了者が入学する 4 年制のメディカルスクールで実施。

<sup>48</sup> 本田宏『本当の医療崩壊はこれからやってくる！』洋泉社, 2015, pp.152-161.

<sup>49</sup> 「特集 地域枠から考える 医師養成と偏在問題」『日本医事新報』4827 号, 2016.10.29, p.22.

<sup>50</sup> 同上

<sup>51</sup> 「医学部の「地域枠」全国に拡大 進むか医師の地方定着」『日本経済新聞』2015.12.6

<sup>52</sup> 「「今後の検討の全体構造」と関連する現状・施策について」（第 4 回「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護

外に転出するといった事例もあるが<sup>53</sup>、厚生労働省が行った「臨床研修修了者アンケート調査」（平成 27・28 年）によれば、地域枠入学者が臨床研修終了後に出身大学所在の都道府県に残る割合（68%）は、それ以外の者（51%）よりも高い<sup>54</sup>。

## （2）臨床研修

臨床研修の必修化後、全国の臨床研修希望者に対する募集定員の比率（募集定員倍率）が 1.3 倍を超える規模にまで拡大したため、平成 22 年の臨床研修制度見直しにおいて、都道府県別に研修医の募集定員の上限が設けられた。この上限設定後、大都市部がある 6 都府県<sup>55</sup>を除く道県における研修医の採用実績の割合は、増加傾向にある<sup>56</sup>。平成 27 年の臨床研修制度見直しにおいては、平成 32 年度に向けて募集定員倍率を 1.1 倍に縮小させるとともに、都道府県がそれぞれの募集定員の上限の範囲内で、各病院の定員を調整できる仕組みを創設した。

また、平成 22 年の臨床研修制度見直しにより、従来の必修 7 科目から、内科・救急部門・地域医療を必修、外科・麻酔科等から 2 科目を選択必修とし、2 年目のほぼ 1 年間、将来専門とした診療科での研修を可能とした<sup>57</sup>。その目的はより早く一人前の医師を現場に送り出すことであつたが、こうすれば臨床研修病院ではなく専門性の高い大学病院を選ぶ研修医が増えるだろうとの目算もあつた<sup>58</sup>。しかし、「臨床研修の到達目標」<sup>59</sup>の「経験目標」に掲げられた疾患は変わらなかったため、研修医が多く集まる病院は従来のままの研修を行っているところが多い<sup>60</sup>。

## （3）地域医療対策協議会と地域医療支援センター

医局の医師派遣機能の低下への対応として、「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を改正する法律」（平成 18 年法律第 84 号）により、都道府県が地域の大学病院、公的医療機関、臨床研修病院、地域の医師会といった医療関係者と医師確保の具体策について協議を行う地域医療対策協議会を「医療法」（昭和 23 年法律第 205 号）に位置付けた。「新医師確保総合対策」（平成 18 年 8 月「地域医療に関する関係省庁連絡会議」）では、地域に必要な医師の確保の調整や医師のキャリア形成を行うシステムを、地域医療対策協議会を活用して構築するとされた。また、地域医療対策協議会を通じた医師派遣等の取組を支援する地域医療支援中央会議が、厚生労働省に設置された。さらに、「緊急医師確保対策」（平成 19 年 5 月政

師等の働き方ビジョン検討会」参考資料 1）2016.11.24, pp.6-8. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000144119.pdf>>

<sup>53</sup> 青森県健康福祉部「医師の地域偏在、診療科偏在の是正に向けた考え方（青森県の事例を参考に）」（第 4 回「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」資料 3）2016.3.31, p.3. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120212.pdf>> なお、地域枠には、地方で専門性をいかに磨かせるかという課題もある（『日本経済新聞』前掲注(51)）。

<sup>54</sup> 「「今後の検討の全体構造」と関連する現状・施策について」前掲注(52), p.12. ただし、もともとの地元出身者（78%）の方が更に高い。

<sup>55</sup> 東京都、神奈川県、愛知県、京都府、大阪府及び福岡県。

<sup>56</sup> 「平成 28 年度の医師の臨床研修医の採用実績を公表します」前掲注(31)

<sup>57</sup> これに対し、制度を設けた本来の趣旨に反するとの見解もあつた（「社説 医師研修見直し 本末転倒の場当たり策」『東京新聞』2009.2.23.）。

<sup>58</sup> 「社説 臨床研修見直し 医師不足の主因を見誤るな」『読売新聞』2009.2.20.

<sup>59</sup> 「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令の施行について 別添 臨床研修の到達目標」厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/kei/030818/030818b.html>>

<sup>60</sup> 北村聖「臨床研修必修化制度発足から 10 年を経て」『日本内科学会雑誌』104 巻 12 号, 2015.12.10, pp.2536-2537. <[https://www.jstage.jst.go.jp/article/naika/104/12/104\\_2533/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/naika/104/12/104_2533/_pdf)>

府・与党)を受け、地域医療対策協議会が調整しても医師が不足する地域に対し、全国的な病院グループ等の協力を得ながら、国の調整の下に医師を臨時的に派遣する仕組み(派遣期間は原則6か月以内)が構築され、平成19年7月から医師派遣が実施された<sup>61</sup>。

平成23年度からは、地域医療に従事する医師のキャリア形成支援と一体的に、地域枠の医師等を活用しながら、医師不足病院への医師の派遣やあっせん等を行う地域医療支援センターの各都道府県への設置が推進された。また、医療法等多数の法律の一部改正によって構成される医療介護総合確保推進法(平成26年法律第83号)<sup>62</sup>により、予算事業として行われてきた地域医療支援センターの機能が医療法に位置付けられ、都道府県による設置が努力義務化された(平成28年4月時点で全都道府県に設置<sup>63</sup>)。しかし、派遣可能な医師が少なく、ごく一部しかうまく機能していないとの指摘がある<sup>64</sup>。今後は、平成22年度以降の医学部入学定員増と連動して設定された地域枠の出身者によって、派遣等の実績が大幅に増加することが期待されているものの、現状では医局との調整に苦勞することもあり、地域医療支援センターに大きな権限がないことを懸念する声も多くある<sup>65</sup>。

#### (4) 改善策の検討

医師が勤務地を選ぶ際、患者の多さや指導医の質を重視するが、それ以上に子どもの教育環境や家族の住環境を優先することも多い<sup>66</sup>。また、日本医師会と全国医学部長病院長会議は、平成27年12月、現状の医師不足の本質は医師の偏在であり、その解消のためには、医師自らが新たな規制をかけられることも受け入れなければならないとした上で、病院・診療所の管理者(通常は院長)要件への医師不足地域での勤務経験の導入等を提言した<sup>67</sup>。こうした状況の中、中間取りまとめ(平成28年6月)においては、医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重した対策だけでなく、一定の規制を含めた対策を行っていく観点から、表2の事項について検討を行うこととされた。

表2 「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」で示された医師の配置に係る対策の主な検討事項

①地域枠	卒業後の地域定着がより見込まれるような地域枠の在り方を検討。
②臨床研修	臨床研修希望者に対する募集定員倍率のなお一層の縮小を検討。募集定員の配分等に対する都道府県の権限を一層強化。臨床研修が出身大学の地域で行われることを促す仕組みについて検討。
③地域医療支援センターの機能強化	地域医療支援センターについて、所在地の医育機関と連携し、医学部入学から生涯にわたる医師のキャリア形成・異動を把握し、キャリア形成支援、配置調整ができるよう、その機能を強化。
④専門医	都道府県等の調整等に関する権限を明確化する等の対応を検討。専攻医の募集定員について、診療領域ごとに、地域の人口、症例数等に応じた地域ごとの枠の設定を検討。

<sup>61</sup> ただし、派遣元の病院側も医師数に余裕がない中で、派遣成立数は伸び悩んだ(「地域医療 支援側も医師不足 臨時派遣、成立8例のみ」『朝日新聞』2008.12.19.)。

<sup>62</sup> 前掲注(41)

<sup>63</sup> 「「今後の検討の全体構造」と関連する現状・施策について」前掲注(52), p.94.

<sup>64</sup> 厚生労働省医政局医事課「医療従事者の需給に関する検討会(第2回)議事録」2016.4.20. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000127777.html>> なお、派遣・あっせん等の実績は、平成28年7月時点で計4,530人(同上)。

<sup>65</sup> 「医師の偏在解消 実績に差」『読売新聞』2016.11.20.

<sup>66</sup> 「働きやすい環境サポートを」『京都新聞』2014.3.15.

<sup>67</sup> 日本医師会・全国医学部長病院長会議医師偏在解消策検討合同委員会「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言—求められているのは医学部新設ではない—」2015.12.2. <[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20151202\\_3.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20151202_3.pdf)>

⑤管理者の要件	特定地域・診療科で一定期間診療に従事することを、臨床研修病院、診療所等の管理者の要件とすることを検討。
⑥医療計画による医師確保対策の強化	医療計画（地域の実情に応じて医療提供体制の確保を図るために各都道府県が策定する計画）に、医師不足の診療科・地域等について確保すべき医師数の目標値を設定し、専門医等の定員の調整に利用。将来的に医師偏在等が続く場合に、十分ある診療科の診療所の開設について、保険医の配置・定数の設定や、自由に開業し診療科を標榜できる自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討。

（出典）「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」2016.6.3, pp.6-8. 厚生労働省 HP <[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120207\\_6.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120207_6.pdf)>を基に筆者作成。

一定の規制を含めた対策については、厚生労働省が平成 18 年 1 月に、へき地医療や救急医療等の診療経験を病院や診療所の管理者の要件とすることを同省の審議会で提案したことがある。しかし、日本医師会に所属する委員等から、医師の職業選択や居住の自由<sup>68</sup>を奪いかねないといった指摘があり<sup>69</sup>、実現しなかった<sup>70</sup>。

今般の検討においては、平成 28 年 10 月の「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」において、尾身茂地域医療機能推進機構<sup>71</sup>理事長が、我が国の医療が基本的に保険料や税で賄われている以上、プロフェッショナルフリーダム<sup>72</sup>を尊重すると同時に地域や社会のニーズにも応えるべきとの考え方に基づく対策案を提案した<sup>73</sup>。厚生労働省は今後、同提案を盛り込んだ医師偏在対策案を示すと報じられている<sup>74</sup>。具体的には、①都道府県又は二次医療圏ごとに一定程度の幅を持った診療科別の専攻医研修枠を設定する（表 2 の④の関連）、②現在、医師は医師免許取得後、特に条件なしに保険医として登録され、どこでも保険診療に従事できるが、保険医登録の条件又は保険医療機関の責任者になる条件として、一定期間医師不足地域で勤務する（表 2 の⑤の関連。管理者要件を保険医登録の要件にまで拡大したもの<sup>75</sup>。）ことを求めている。

反論として、以下がある。①に対しては、専攻医の数だけを規制しても、診療科別の医師数全体に影響が現れるまでには時間を要する、研修枠を都道府県等ごとに設定しようとしても、専攻医数は地域ごとの指導医数の多寡等の影響も受ける、専門医資格取得後別の地域に移動してしまえば、地域別の偏在解消には効果がないとの指摘がある<sup>76</sup>。②に対しては、医師不足地域での勤務にやる気がない医師であれば、いくら医師が確保できても迷惑するのは地域住民だ、医師不足地域でどのように教育や能力向上の機会を持てるのかとの意見がある<sup>77</sup>。

<sup>68</sup> 何人も、公共の福祉に反しない限り、居住、移転及び職業選択の自由を有する（「日本国憲法」第 22 条第 1 項）。

<sup>69</sup> 「第 22 回社会保障審議会医療部会議事録」2006.1.20. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/01/txt/s0120-1.txt>>

<sup>70</sup> 「第 23 回社会保障審議会医療部会議事録」2006.2.23. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/txt/s0223-4.txt>>

<sup>71</sup> 旧社会保険病院等を運営する独立行政法人。

<sup>72</sup> 医師の専門的知識・技能及びそれに基づく裁量が尊重されていること（新田秀樹「第 1 章 日本」加藤智章・西田和弘編『世界の医療保障』法律文化社, 2013, p.20.）。

<sup>73</sup> 尾身茂「専門医の仕組みについての提案」（第 8 回「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」資料 2）2016.10.6. 厚生労働省 HP <[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000137004\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000137004_1.pdf)>

<sup>74</sup> 「保険医になる前に医師不足地で勤務を」『朝日新聞』2016.10.7.

<sup>75</sup> 「時鐘 医師の地域偏在是正と保険医登録」『週刊社会保障』2897 号, 2016.10.31, p.3.

<sup>76</sup> 村上正泰「「尾身提案」の実現可能性と問題点」『医薬経済』1528 号, 2016.11.15, p.31.

<sup>77</sup> 同上, pp.30-31.

### 3 勤務環境の改善等

「新医師確保総合対策」（平成 18 年 8 月）及び「緊急医師確保対策」（平成 19 年 5 月）に基づき、病院への小児科医や産科医の「広くて薄い」配置を改善し、病院勤務医の勤務環境改善や医療安全の確保を図るための小児科・産科に係る拠点病院づくり、産科医療補償制度<sup>78</sup>の創設及び小児救急電話相談事業<sup>79</sup>の一層の普及が行われた。平成 21 年度からは救急と分娩、平成 22 年度からは新生児医療を担う勤務医等の手当への財政支援が実施された。その後、医療介護総合確保推進法（平成 26 年法律第 83 号）により、勤務環境改善マネジメントシステム<sup>80</sup>が導入され、都道府県は医療勤務環境改善支援センター<sup>81</sup>の設置に努めることとされた。また、医療関係職種の業務範囲の見直し（特定行為に係る看護師の研修制度<sup>82</sup>の創設）が行われた。累次の診療報酬改定においても、小児科・産科に対する評価が拡充され、病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善を目的とした項目が新設されている。

女性医師に対しては、院内保育所の運営等に対する財政支援、都道府県における女性医師の復職に関する相談窓口の設置等に対する財政支援、就業あっせん等の再就業支援を行う女性医師バンクの設立といった取組が行われてきた。

このほか、医療の高度化により専門分野が細分化し、より多くの医師が必要になる<sup>83</sup>中で、新専門医制度（I-1）においては、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価し、総合診療専門医として新たに位置付けることとされている。

### おわりに

地域における医師不足に対し、これまでに、医学部入学定員の増員、地域枠の設定、地域医療支援センターの各都道府県への設置の推進とその機能の法定化等、様々な取組が実施されてきたものの、問題解決には至っていない。こうした状況において、厚生労働省の検討会において、今後数年間の医学部入学定員の在り方や、一定の規制を含めた偏在対策について議論されているところである。医学部入学定員の増員をめぐる賛否両論あり、一定の規制を含めた偏在対策には様々な問題点も指摘されている。居住地を問わず誰もが等しく医療を受けられるよう、より実効性のある問題解決策が待たれる。

<sup>78</sup> 分娩により重度の脳性麻痺となった児及びその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、脳性麻痺の原因分析を行い、再発防止策を講じることにより、紛争の防止・早期解決及び産科医療の質の向上を図ることを目的としている。

<sup>79</sup> 全国共通番号（#8000）で保護者が夜間等に小児救急医療等について相談ができる窓口事業。

<sup>80</sup> 各医療機関が PDCA サイクルを活用して計画的に勤務環境改善に取り組む仕組み。

<sup>81</sup> 勤務環境改善に取り組む医療機関を支援する。

<sup>82</sup> 診療の補助のうち、一定の行為を特定行為として規定し、これらの特定行為を医師が予め作成した手順書（指示）によってタイムリーに実施する看護師を養成する研修制度。「経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整」、「人工呼吸器からの離脱」等、38 の行為が特定行為とされている。

<sup>83</sup> 「総合診療医ってどんな医師？ 風邪から救急まで対応」『読売新聞』2013.12.10、夕刊。

別表1 大学医学部入学定員に関する主な経緯

昭和45年7月	厚生省（当時）、当面の目標として昭和60年までに人口10万対最小限150人の医師を確保することを決定（昭和58年に達成）。
48年2月	「経済社会基本計画」（閣議決定） いわゆる「一県一医大構想」（無医大県の解消、昭和56年に達成）。
57年9月	「今後における行政改革の具体化方策について」（閣議決定） 医師については、全体として過剰を招かないよう配慮し、適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について政府部内において検討を進める。
61年6月	「将来の医師需給に関する検討委員会最終意見」 昭和70（平成7）年を目途に医師の新規参入を10%程度削減すべき。
平成6年11月	「医師需給の見直し等に関する検討委員会意見」 将来医師が過剰になるとの推計結果を得たため、若干の期間をおいて推計値を検証して、必要であ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。
9年6月	「財政構造改革の推進について」（閣議決定） 医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、定員の削減に取り組む。
10年5月	「医師の需給に関する検討会報告書」 当面、医学部入学定員を10%削減するという目標の未達成部分の達成を目指す。
18年7月	「医師の需給に関する検討会報告書」 医師不足県に対し、定員の暫定的な調整を検討すべき。
18年8月	「新医師確保総合対策」（地域医療に関する関係省庁連絡会議） 暫定的な定員増。
19年5月	「緊急医師確保対策」（政府・与党） 暫定的な定員増等。
20年6月	「安心と希望の医療確保ビジョン」（厚生労働省） 平成9年の閣議決定の見直し。
20年6月	「経済財政改革の基本方針2008」（閣議決定） 早急に過去最大程度まで定員を増員。
21年6月	「経済財政改革の基本方針2009」（閣議決定）
22年6月	「新成長戦略」（閣議決定）
28年4月	東北医科薬科大学医学部の新設 東日本大震災からの復興のための特例として新設。
28年6月	「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29年度までの暫定的な定員増は当面延長、平成29～31年度までの追加増員は慎重に精査、平成32年度以降の医師養成数は医師偏在対策の効果等を可能な限り早期に検証し、結論を得る。
29年4月	国際医療福祉大学医学部の新設 国家戦略特区の事業として新設予定。

（出典）『医師等の確保対策に関する行政評価・監視結果報告書』総務省行政評価局，2015，pp.79-80. <[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000334431.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000334431.pdf)> 等を基に筆者作成。

別表2 大学医学部入学定員の推移

（単位：人）

昭和30年度	40	50	56-59	60	平成7	15-19	22	27	28	29
2,820	3,560	7,040	8,280	8,260	7,645	7,625	8,846	9,134	9,262	9,420

（注1）防衛医科大学校は除く。

（注2）昭和56-59年度は削減前の過去最大定員、平成15-19年度は削減後定員。

（出典）「医師の需給に関する検討会報告書 資料集」1998.5.15, p.資料6. 厚生労働省 HP <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/02/dl/s0225-4e3c.pdf>>; 「平成27年度医学部入学定員の増員について」2014.10.20. 文部科学省 HP <[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/26/10/\\_icsFiles/afiedfile/2014/10/22/1352932\\_01\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/26/10/_icsFiles/afiedfile/2014/10/22/1352932_01_1.pdf)>; 「医学部入学定員増について」2016.10.20. 同 <[http://www.mext.go.jp/component/b\\_menu/shingi/toushin/\\_icsFiles/afiedfile/2016/10/31/1378462\\_02.pdf](http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afiedfile/2016/10/31/1378462_02.pdf)> 等を基に筆者作成。