

資料4：将来の医師需給に関する検討委員会中間意見の要約

昭和59年11月 厚生省

1. 委員会の設置経緯と中間意見の必要性

厚生省は昭和45年に医師需給対策を検討し、「最少限必要な医師数」を人口10万に対し150人とし、それを昭和60年までに達成するための医師養成増を提案した。すなわち、医科大学・医学部の入学定員を年間6,000名に増すべきであると具体案を示した。これを受けて同年より医科大学・医学部の新設が開始され、また、定員増が行われたが、引き続き昭和48年には経済社会基本計画において無医大県解消構想が打ち出された。その結果、医科大学・医学部入学定員は年間8,360名にまで増加し、当初の目標は2年早く昭和58年に達成され、逆に将来の医師過剰への危惧が生じてきた。

臨時行政調査会は「行政改革に関する第3次答申」(昭和57年7月)において「医師については、過剰を招かないよう合理的な医師養成計画を樹立する」ことを提言している。これを受けて政府は「今後における行政改革の具体的方策について」(昭和57年9月閣議決定)において医師・歯科医師の養成計画について検討することを決定し、厚生省は、昭和59年5月に本委員会を設置した。なお、国会においても昭和59年8月に医師・歯科医師・薬剤師などの養成確保対策を見直すべきことを決議している。

本委員会は、地域医療、医学研究、医学教育、福祉、行政等の各分野の10名の委員で構成されているが、各委員の知見を出しあうとともに、それぞれの立場を超えて医師数問題を多角的に検討することとした。

委員会は、本年5月以降9回開催され、これまでの研究報告等を含め関連資料を検討し、また、討論を重ねてきた。委員会では回を重ねるごとに将来の医師過剰は深刻であるとの認識が深まり、正確かつ早急に関係方面に事態の重大さを伝えるべきであるとの考えに到達したため、中間的な見解ではあるが、委員会としての意見をこの時点で公にする次第である。

このことにより、関係方面において将来の医師数について関心が深められることを期待するとともに、当委員会の報告についてご意見、ご批判の寄せられることを希望するものである。

2. 医師数検討の必要性

医師数を検討する場合にまず論ぜられることは、医師についてその養成数を増やすことも減少させることも自由にし、通常の経済活動と同様に市場原理に委ねること

の是非である。すなわち、一方では医師数もあるがままに任せ、その結果として医師過剰の状態が生じたとしても、医師間の競争を通じて、自然淘汰が行われ、結果として医療の質が向上することを期待すべきであるという意見もある。しかしながら、他方、医療は多くの側面で、通常の経済活動とは異なった特性があり、医師が過剰になると、医療費が必要以上に上昇する可能性が大きいし、過当な競争の弊害により、医療の質や医師の資質がむしろ低下するおそれがあるというような意見もある。

本委員会では、このようなさまざまな議論が行われていることを考慮し、以下の視点を踏まえながら医師過剰が惹き起す問題を検討した。

- ・国民医療の充実の視点
- ・医師養成の充実の視点（医師に適した資質を有する者の確保、医師の養成の特殊性、学生教育の充実、卒後教育・研修の充実）
- ・国民経済の視点（医療費、医師養成に必要な費用）
- ・医師数の時間的推移の視点

これらの点を考慮しながら検討を行った結果、将来の医師の過剰の問題については、現在の時点で、対策を講じていくことが必要であると考えるに至った。

3. 医師需給バランス

1) 医師供給の将来の推計

医師供給の将来推計については国立公衆衛生院研究班(方波見)推計をもとにした。それによると昭和58年

医師数 181,000人(人口10万当り152名)

昭和75年(西暦2,000年)

医師数 282,000人(人口10万当り220名)

昭和100年(西暦2,025年)

医師数 382,000人(人口10万当り300名)

となり、医師総数は昭和135年(西暦2,060年)にはほぼプラートに達し、412,000人(人口10万当り344名)となるが、人口当り医師数は総人口減少のため、その後も増加する。すなわち、このままで推移すれば、すでに医師過剰の問題が指摘され、あるいは具体的な抑制措置が講ぜられた、西ドイツ、アメリカ、イギリス、フランス等の現状を、21世紀には7～10割上まわる医師数となることが予測される。

また、新規参入による増加と死亡による減少を織り込

| | | 前提 | 昭和75年(人口10万対) | 昭和100年(人口10万対) | | |
|------|-----|---|--|--|----------------|----------------|
| 医師供給 | S 1 | 国立公衆衛生院(方波見)推計 (入学定員に対する医師国家試験合格者の比率は、 1.0176 としている) | 282,000人(220人) | 382,000人(300人) | | |
| | S 2 | S 1の推計に、70歳以上の医師は昭和75~90年までの間 50%が、昭和95年以降はすべてが引退するものとし、さら に女性医師集団の活動能力が対男性医師集団比0.8と なることとした場合の医師数 | 255,000人(199人) | 327,000人(257人) | | |
| | | (1)診療に従事する医師需要 (2)臨床医1人当り1日患者数 (3)非臨床系医師需要 (4)摩擦的需給ギャップ | | | | |
| 医師需要 | D 1 | 人口の高齢化による患者数の伸びを医療における医師需要の伸びとする。 | 現状のまま 1万人 | なし | 208,000人(162人) | 222,000人(174人) |
| | D 2 | 昭和75年まで65歳以上の患者の傷病日数が毎年1%ずつ伸び、かつ、診療間隔が平均5%伸びるものとして患者数を伸ばした。 | 10%減 1万人 | なし | 247,000人(192人) | 269,000人(211人) |
| | D 3 | 同上 | 昭和75年~95年10%減 昭和95年以降15%減 | 昭和75年~95年1万人 昭和95年以降2万人 | 2% | 252,000人(196人) |

んだこの基本推計により医師数を総数で論ずる他に、高齢医師および一部の女性医師の現役よりの引退、さらに海外への流出などの影響についても検討を行った。

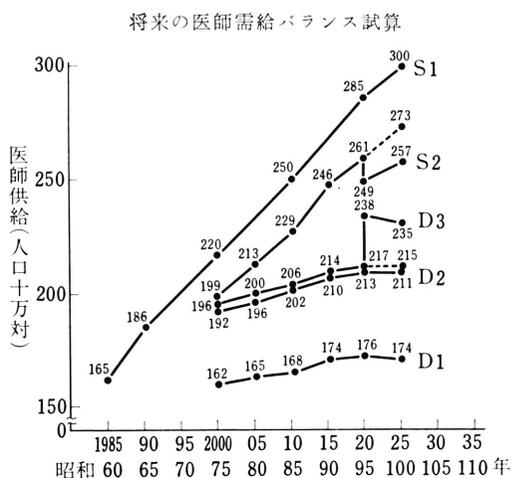
2) 医師需要の将来推計

医師の将来推計をするには、患者数の伸びと医師1人当りの診療患者数(生産性)をもとに、臨床に必要な医師数を算出し、これに非臨床系医師の必要数を加える「マクロ的推計手法」と、専門分野別、地域別に必要医師数を積み上げる「積み上げ方式」とがある。現状では地域別必要数についての確実な数字を把握しえない上に、専門分野別推計についても診療科標榜が自由であるため過去に信頼すべきデータを欠くなどの困難がある。したがって、本委員会では、今回は、マクロ的推計手法を使用した。

マクロ的推計に当っては現在の延長線上の推計にとどまらず、現在の医療の基本的枠組が変わらないという仮定のもとに、ある程度までは予想される因子を加味した「あるであろう推計」によることとした。

3) 将来の需給バランス試算

本委員会では今後の医学の進歩、医療状況の変化のた



め、現時点では予測しえない需要増にも対応しうる需給対策を要するとの強い意見があった。医学の進歩が医師需要を増す方向に働くこともあり、逆に減少させた事実もあり、にわかにはそのいずれとも断じえないが、需要増にも対応しうる余裕は持つべきである。そのため、医師

供給については少なめに、医師需要については逆に多目に見込んだ推計を行った。

供給：高齢医師の引退は現状より早まるものとし、昭和75年よりの20年間は70歳以上の医師集団はより若い医師集団の50%の活動をし、さらに昭和95年よりは70歳以上の医師を供給より除くことにした。また、女性医師の集団としての活動は実数の80%に相当するものとした。

需要：昭和55年患者調査による受療率を将来の年齢階層別人口に乘じ、さらに、高齢者における需要増の傾向を加えて患者数を算出した。また、今後は臨床医1人当りの患者取扱数が10%減り、さらに昭和95年には15%減となるものとした。非臨床系医師はさし当り1万名を見込むが、同じく昭和95年には2万名とした。なお、専門別の転出などを考慮し、摩擦的な需給ギャップを回避するために医師需要を2%多く見込むこととした。

このように供給を低く抑え、需要は高く見込んだ場合でもなお、昭和75年（西暦2,000年）ですでに供給と需要が均衡し、昭和100年（西暦2,025年）には10%の供給過剰が見込まれる。

4. 医師需給をめぐる中間的提言

以上の検討により、さし当り昭和70年を目途に医師の新規参入を最少限10%程度削減すべきである。また、医師需給については今後も状況の変化に応じ改めて検討し、国民の幸福に直結する医療政策に誤りなきを期すべきである。さらに、医師数のみを考えるのではなく、家庭医、専門医など医師に求められる役割分担の確立、僻地、救急医療に必要な医師確保の対策、医学研究の振興、公衆衛生分野の強化、私立医科大学の経営基盤の安定を含む卒前卒後教育の充実などの施策が併せて実施されるべきであることを強調する次第である。

資料5：臨床研修病院の指定基準

厚生省

臨床研修病院の指定基準*

臨床研修を行う病院のうち、一般病院については以下に掲げる内容を備えた総合的な病院であることが原則とされること。ただし、病院群による指定については、「病院群による臨床研修病院の指定基準」による。

1. 一般病床約300床以上、又は年間の入院患者実数が3,000名以上であり、かつ、病床数及び患者実数が診療各科に適当に配分されていること。
2. 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科及び放射線科の各診療科がそれぞれ独立して設置されていること。
3. 常勤医師が医療法上の定員を満たしていること。
4. 2. の各診療科について、それぞれ適当数の常勤医師が配置されていること。
5. 臨床研修全体についての教育責任者及び研修委員会を置き、かつ、各診療科毎の研修計画等具体的な実施計画を有すること。
6. 2. の各診療科に十分な指導力を有する指導医がおり、かつ、各診療科毎の指導体制が整えられていること。

7. 年間の剖検例が20体以上で、かつ、剖検率が30%以上であること。
8. 救急医療の研修が実施できること。
9. 臨床検査室、放射線照射室、手術室、分娩室等の機能を示す数値が相当数以上であること。
10. 研究、研修に必要な施設、図書、雑誌の整備及び病歴管理等が十分に行われていること、かつ、研究、研修活動が活発に行われていること。

病院群による臨床研修病院の指定基準*

「病院群による指定」とは、臨床研修を行う複数の病院を病院群として指定するものである。病院群による指定は、臨床研修において中心となる病院（以下「主病院」という。）と主病院の機能を補う病院（以下「従病院」という。）について併せて行い、従病院の補う分野を特定する。

1. 病院群に関する基準
 - 1) 主病院と従病院は、相互に診療について機能的な関係があること。
 - 2) 合同の研修委員会、合同の研修カリキュラムを持ち、主病院の研修における責任が明確であること。
 - 3) 従病院の数は2以下であり、主病院の機能を補う分野が特定されていること。

* 昭和59年4月1日より適用されている。