

医師の偏在について 東京都そして全国

2024/10/08 東京都医師会記者会見

東京都医師会 理事 増田幹生

新たな医師偏在指標算出にあたっての留意点

- ・医師偏在指標の算出にあたっては、下表のデータを用いるが、「労働時間比」及び都道府県・二次医療圏別の「患者流出数」については、現時点で最新のデータを手で入力していないことから、現在の医師偏在指標の算定に用いた値と同じ値を用いて算出。
- ・また、新たな医師偏在指標では、三師統計で従たる従事先を記載している医師については、その状況を加味し、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算出。
- ・現時点で示している新たな医師偏在指標は速報値であり、今後、最新の労働時間比や患者流出数の反映により変動することに留意が必要。

用いるデータ	出典	現在の医師偏在指標	新たな医師偏在指標
医療施設従事医師数	医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）	2016.12.31現在	2020.12.31現在
労働時間比	医師の勤務実態調査	2016.12	2022年内に入手予定
人口	住民基本台帳人口	2017.1.1現在	2021.1.1現在
患者数	患者調査	2017.9	2017.9
患者流出数	都道府県への調査	2019年実施	2022年11月実施予定

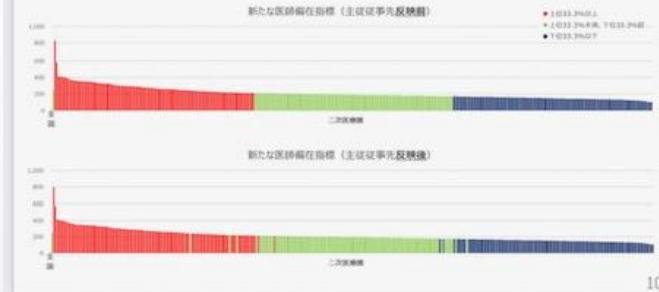
新旧医師偏在指標の区分変動（都道府県）

- ・現在の医師偏在指標（都道府県別）の順位がどのように変動したかを示す。
- ・新たな都道府県別医師偏在指標では、多数から中程度へ2県、中程度から多数へ2県・少数へ1県、少数から中程度へ1県が変動し、6県（13%）において区分を跨ぐ変動が見られた。



従たる従事先の加味が医師偏在指標に与える影響①

- ・新たな医師偏在指標では、三師統計で従たる従事先を記載している医師については、その状況を加味し、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算出。
- ・新たな医師偏在指標において、主従従事先を反映する前（単純に最新データを反映のみ）と主従従事先の反映後とを比較すると、10区域（3%）において区分を跨ぐ変動が見られた。



従たる従事先の加味が医師偏在指標に与える影響②

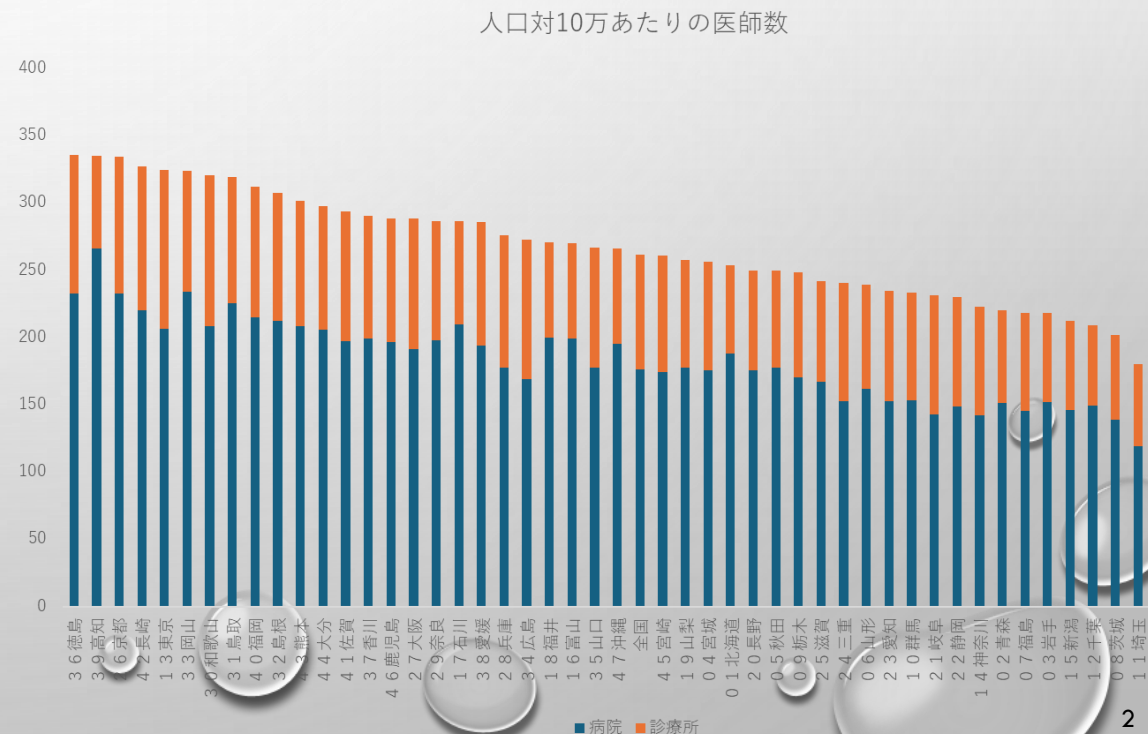
- ・新たな医師偏在指標では、三師統計で従たる従事先を記載している医師については、その状況を加味し、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算出。
- ・主たる従事先と従たる従事先の反映により、とりわけ医師多数区域において、医師偏在指標が減少（分子側である医師数が減少）する区域が多くなっている。



医師偏在とは(分布と診療科)

頭数だけの問題ではない

- *東京は医師が最も多い（偏在指標353.9）とされているが、人口あたりの医師数でみると、上位から徳島(289.3)、高知(268.2)、京都(326.7)、長崎(284.0)、東京の順である。（かっこは偏在指標）更に病院勤務医でみると全国で東京は13番目であり、高知県の8割弱しかいない、偏在指標と人口あたりの医師数とは乖離がある。東京は不当に多いと見做されている可能性がある。
- *議論の中に将来の医療需要が含まれていない。これらの数値は過去の状況であり、今後の医療需要が考慮されていない。つまり東京は今後も高齢人口の増加により医療需要が激増すると予想されているにもかかわらず、研修医の定員シーリングを始め、東京の医師数を抑制される政策が進められている。

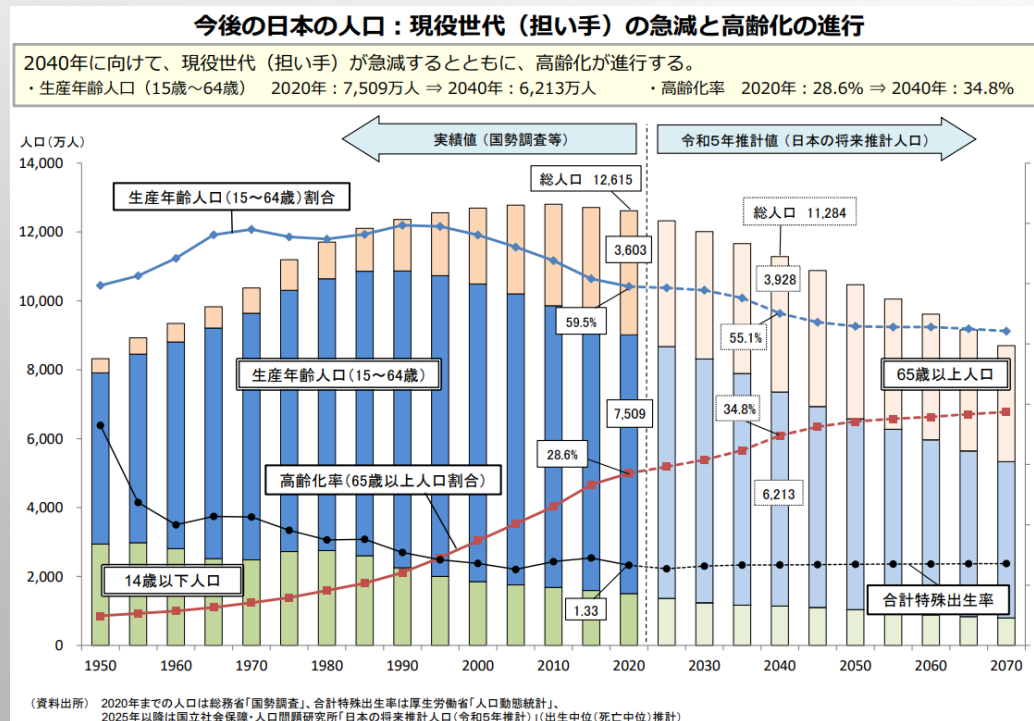


医師偏在とは(分布と診療科) 頭数だけの問題ではない

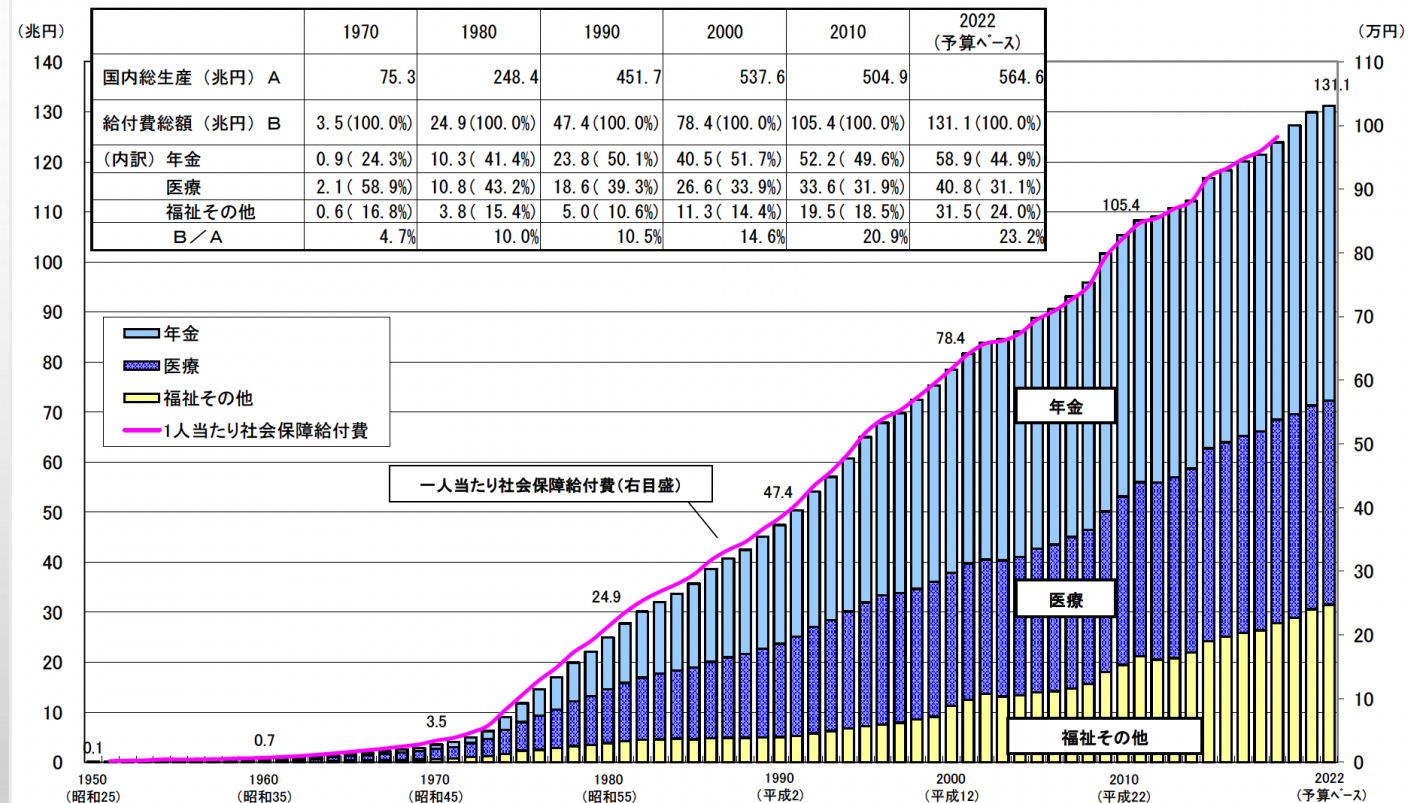
- *また都市部での特殊な要素として東京では地域医療の維持とはあまり関係のない美容整形、美容皮膚科、AGAクリニックなどの自費診療クリニックが多数ある点は差し引いて考える必要がある。
- *23区では昼と夜の人口に大きな乖離があり昼の労働人口の需要にあわせた診療体制が組まれている。確かに定住人口数からみると医師多数地域となるかもしれないが、しかし近隣他県からの昼間労働人口の流入があり、昼間人口／夜間の定住人口を考えると釣り合いがとれているという指摘があり、必ずしも「医師多数」「医師余剰」とは言えない。

来るべき高齢多病時代の医療とは 爆発的に増加する医療需要

必要とされる医療提供の内容は変化していく



社会保障給付費の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「令和元年度社会保障費用統計」、2020～2022年度(予算ベース)は厚生労働省推計、2022年度の国内総生産は「令和4年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(令和4年1月17日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950、1960、1970、1980、1990、2000及び2010並びに2022年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。



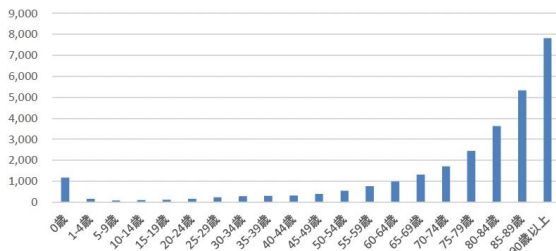
将来の医療需要： 地方では減少傾向にすでに向かっている地域もあり

入院患者数は、全体としては増加傾向にある

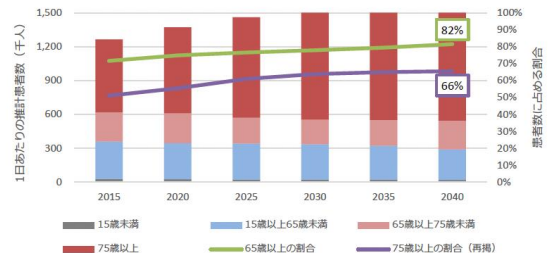
第7回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年3月4日
資料1 一部改

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに89の医療圏が、また2035年までには260の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。

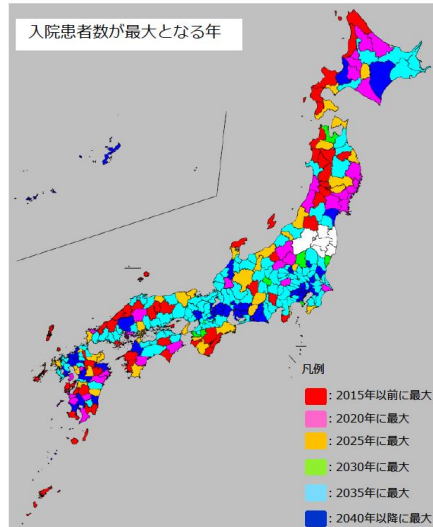
入院受療率（人口10万対）



入院患者数推計



入院患者数が最大となる年



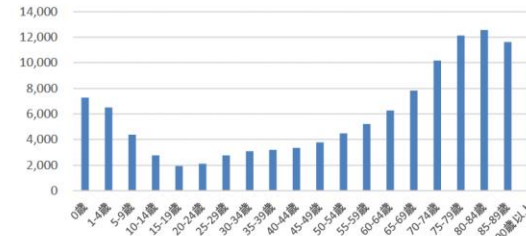
出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の2次医療圏を除く329の2次医療圏について集計。

外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

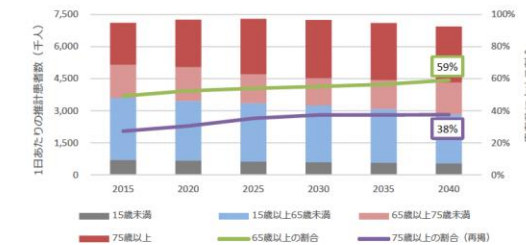
第7回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年3月4日
資料1 一部改

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに214の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。

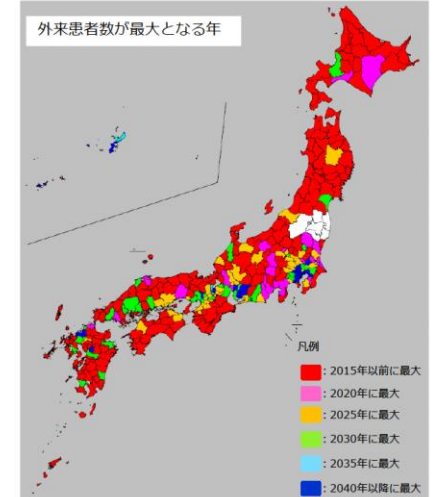
外来受療率（人口10万対）



外来患者数推計



外来患者数が最大となる年

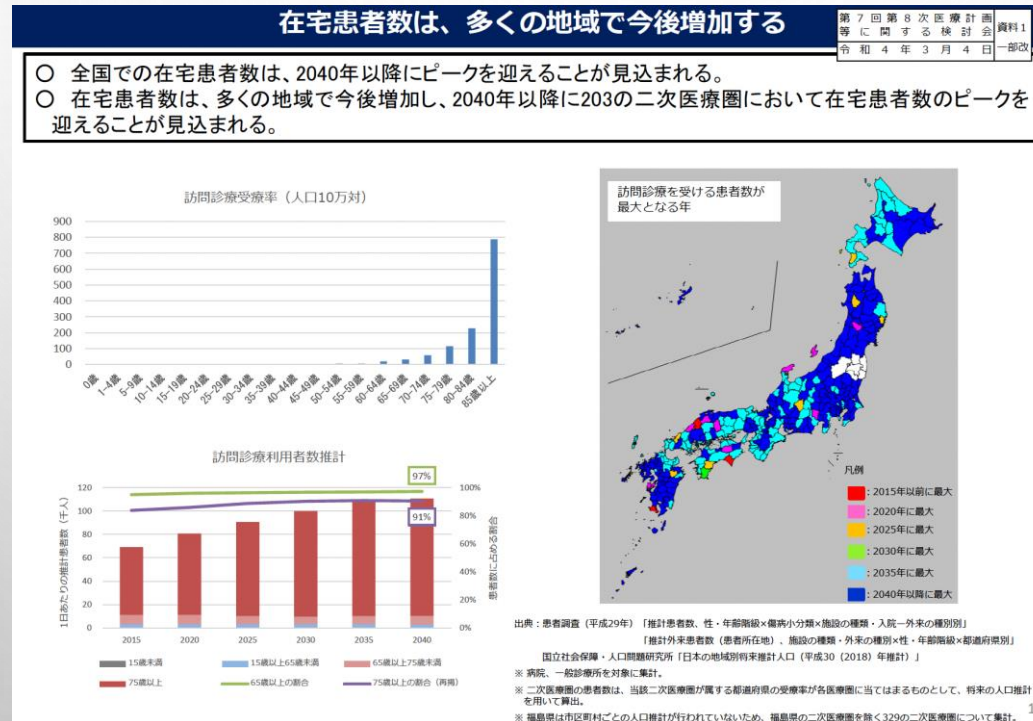


出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」
※ 「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。
※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の2次医療圏を除く329の2次医療圏について集計。

かかりつけ医ってなあに？

若い世代と多病傾向の高齢者、歩行通院困難な在宅者ではおそらくイメージが異なる。

しかしながら地域医療を支えるために、これら必要な診療科が存在するのは厳然たる事実。





医療機関閉鎖の影響：地元に対応できる医療機関がない？ 人口減少地域において、産婦人科、外科、救急外来が近隣にない地域が増加

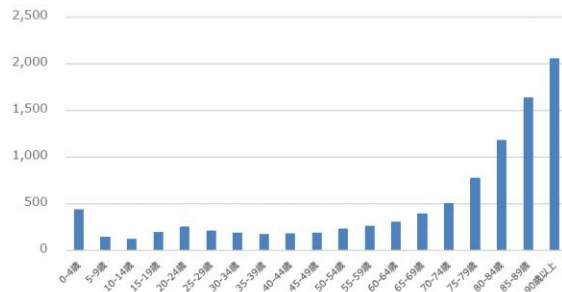
医師減少につき閉院や夜間診療体制の縮小
拙速な医師働き方改革の影響
医師偏在も関係ありか？

救急搬送件数は、多くの地域で今後増加する

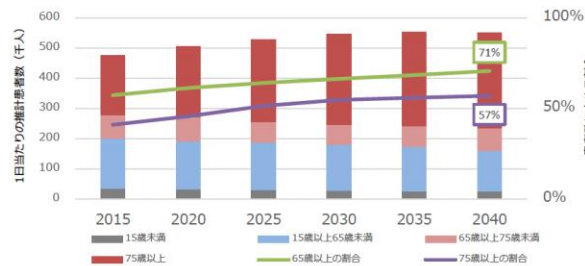
第7回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年3月4日
資料1
一部改

- 全国での救急搬送件数は2035年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約7割となるが見込まれる。
- 2030年以降に202の二次医療圏において救急搬送件数のピークを迎えることが見込まれる。

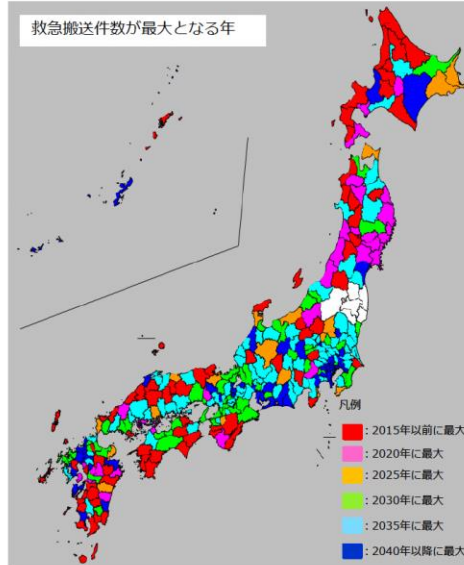
年齢階級別救急搬送件数（人口10万対）



救急搬送件数推計



救急搬送件数が最大となる年



資料出所：「消防庁救急搬送人員データ」（2019年）を用いて、救急搬送（2019年分）の件数を集計したもの。
2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、
地域別将来推計人口に適用して作成。

※ 性別が不詳のレセプトについては集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用。
※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く23の二次医療圏について集計。



東京都の役割

東京都への医師偏在？

医師派遣の可能な大学病院（医局）の多くが東京に集中している

全国的な医師不足地域への医師派遣をかつては担っていた



若い医師の都市局在傾向

（子弟の教育、スキルアップのための研修機会）

適切な派遣システムは？

医学部卒業後のキャリアプラン

初期研修、後期研修、専門医取得、研鑽、

勤務医
開業医

- < 東京都外に対する勤務医の医師派遣について。また地方での開業について。および勤務医の行動変容の影響(医局制度崩壊による都外地域への医師派遣の減少)について。 >
- 医師偏在の問題を語る場合、確かに個人開業医の分布と、勤務医師の分布は、分けて語る必要がある。
- 勤務医については、かつては医局からの医師派遣制度が機能しており、都道府県内あるいは他府県への医療の必要な診療科のバランスまで考えた分配機能を担っていた。しかしながら新臨床医研修制度発足以後、医局制度は弱体化し、現在医療機能の再分配を行う事が困難になっている。東京都においてそれを行うのは、やはり公的資金が投入されている都立病院機構が適切という意見がある。
- また多くの勤務医を有する大学医局にも期待がよせられている。
- 医師不足地域に研修医を半年くらい派遣させる事業が始まり、東京からは研修医20人以上の施設から派遣を出さなくてはならない予定となっている。
- また、島しょをはじめへき地医療を支えるためには、医師派遣だけでなく、看護師・薬剤師・歯科医師・介護関係などをセットにした包括的支援が必要となると思われる。

勤務医：診療科選択は個人の自由
勤務地域の決定権の変遷
(医局制度の弱体化、新臨床研修医制度)
開業医：自由開業が可能

- **医療をとりまく環境の変化**

「私失敗しないので」が基準
産婦人科や外科志望者の激減

- 美容整形、美容皮膚科への人材流出
- 保険診療(診療報酬)と自費診療の乖離



医師偏在はもはやへき地や地方の人口減少地域だけの問題ではない。

産経新聞 2024/10/01

適正配置へ施策の充実を

医師偏在

少子高齢化で働く人の数が減る中、必要な医療が必要な人に確実に届くようにしなければならない。そのためには地域や診療科などで偏らず、医師を適正に配置することが欠かせない。

厚生労働省が、医師の偏在是正に向けた施策の骨子案を公表した。開業医が多い地域で、新規の開業抑制に向けた法令改正を検討することや、医学部入試の地域枠拡充などの案を盛り込んだ。

省内に推進本部を新設した。年末までに総合対策のパッケージをまとめる。

医師の偏在は主に、地域によるもの、診療科によるもの、勤務医の不足によるものという

3つの要因がある。いずれも官民連携で取り組む必要がある。自治体はじめ関係機関は、是正に向けた対策を着実に進めてもらいたい。

厚労省の「医師偏在指標」によると、医師が最も多い東京都と最も少ない岩手県では約1・9倍の差がある。都道府県の人口、医師数、医療需要などから算出した数値で、特に東北地方の不足が顕著だ。

診療科による偏在も深刻である。4月に医師の残業規制が強化されたこともあり、外科や産婦人科、救急診療科など時間外の業務が多い診療科での医師不足に拍車がかかっている。

こうした中、骨子案に医学部入試の地域枠拡充が盛り込まれたのは妥当である。地域枠は、卒業後に特定の地域や診療科で

働くことを要件とする入試制度だが、十分に活用されていない地域もあった。医師の多い県の地域枠を少ない県に振り分けることを検討する。

意欲のある学生には朗報だろう。地域医療に貢献したい気持ちの評価され、医師として根付く策を整えたい。

医師の多い地域での開業抑制には実効性が求められる。新型コロナウイルス禍では、身を賭して診療に当たる医師とそうでない医師に二分された。訪問診療や休日夜間の輪番などの地域医療に協力しない開業医を増やす必要はあるまい。

医師の偏在をめぐっては近年、自費診療の美容医療への流出も指摘される。日本医師会の松本吉郎会長は、卒業後一定期間は保険診療に携わることが望ましいとの見方を示した。効果的な施策を組み合わせ、医師の適正配置につなげたい。



(1) 公的・公立病院の管理者要件

現在、2020年度に臨床研修を開始した医師から適用されている医師少数区域勤務経験を求める地域医療支援病院の管理者要件の対象病院を、今後医師免許を取得する医師のキャリア形成などに十分に配慮した上で、公的・公立病院にも拡大する。臨床研修医への導入や、いわゆる後期研修医などの若手医師の研修で、医師少数地域での研修期間を延ばすプログラムも検討する。

(2) 医師少数地域の開業支援等

医師少数地域において新たに診療所を開業する医師に対して、開設から一定期間の資金支援策を創設するとともに、医師少数地域で働く医師（勤務医・開業医）の確保・派遣を強化する。

(3) 全国レベルの医師マッチング支援

医師不足地域での勤務を希望する医師に対し、リカレント研修や現場体験を行いつつ、医師少数地域での勤務を全国的にマッチングする仕組みを創設する。

(4) 保険診療実績要件

保険医療機関の管理者として、卒後一定期間の保険診療実績の要件を加え、保険診療の質を高める。

(5) 地域医療貢献の枠組み推進

現行の地域に必要とされる医療機能を担うことへの要請の枠組みを制度化し、地域で足りない医療機能を強化し、実績をフォローアップする仕組みを導入する。

(6) 医師偏在対策基金の創設

上記の施策を5～10年で推進するための1,000億円規模の基金を国において創設する。

医師偏在に対する日本医師会の考え方（令和6年8月21日）

厚生労働省主体の開業地域や診療科の規制的な
コントロールが始まる？

日本医師会は？解決策の提示は可能か？

医学生や若手医師への問題点提示とモチベーションアップ

- 現在の日本の医師数は約30万3千人であるが、うち日本医師会の会員は約16万6千人と組織率は55%程度にすぎない。その内訳は、開業医約8万4千人(A①会員)、勤務医約8万2千人(A①会員以外の会員)で、医師会に加入していない約13万人の多くは勤務医と考えられている。

(戦前は弁護士会同様、全員加入で職務内容についてもある程度の権限をもっていたが、敗戦とともにGHQにより解体し、現在は任意加入)



日本医師会入会のご案内

医学部卒業後5年間は、
**日本医師会の
会費が免除**^{※1}
されます。

日本医師会員の特典として、
**医賠償保険に
年間15,000円**^{※2,3}で
加入できます。

※1 所定の手続きが必要です

※2 病院・診療所の開設者、管理者等や30歳超は掛金が異なります

※3 日本医師会より、30歳以下のA②B会員には21,000円、A②C会員には15,000円の保険料補助を行っているため、お支払いいただく掛金は15,000円となります



地域医療を支えるために 医師偏在についての東京都医師会からの提言

- #提案1 医師少数地域における地域医療機関と東京都、特に東京都立病院が基軸になって、連携することを基本系にし、地域医療機関のバックアップに地区医師会や東京都医師会がサポートするという案を提案します。また若手勤務医を多く抱える大学病院医局にも更なる協力をお願いしたい。
- #提案2 医師の適正配置は、我々にとっては対象人口あたりの医師数、住民にとっては対象面積あたりの医師数と考える。後者は超高齢社会では無視できない問題であり、両方を加味した適正配分の検討が必要である。当たり前の話だが、医師の単純な「数」ではなく地域医療を実質的に行っているかかりつけ医機能を果たしているかどうか的大事であり、それを知るのが今回の「かかりつけ医機能報告」ではないかと考える。そしてその報告の結果を、「規制的」な手法によらず、どのように有効的に利用するかが課題と考える。
- #提案3 オンライン診療の活用：「医師多数地域である東京の医師が、地方の医療をオンライン診療でお手伝いできないか？」との提案がある。前提としてオンラインでできる健康観察等は東京の医師、必要な時には現場の医師が対面で対応する必要があり、このような仕組みを円滑に運用するためには地域の先生方と東京の医師との密接な関係が必要と考える。

マスコミの皆様へご協力いただきたい

- マスコミの皆様は、国民の代弁者として、かつ国民の利益を守る立場にあると思います。
「医療界には人的資源や財源確保については、決定権や自由裁量権は無いのが現実です」
- いずれにせよ、その方向性を決定するのは医療現場ではなく、厚生労働省と財務省、政治家と国民だと思います。

A 国民の健康を守るための原資の確保について

「政治家には決断を、国民には議論を」

B 近未来の高齢者救急逼迫に対するインフラ維持としての中小民間病院の存続について

C ひっ迫する医療現場の実情を理解し、暖かい目で若い医師や救急医療を育ててほしい

A 国民の健康を守るための原資の確保について 「政治家には決断を、国民には議論を」

底流

2040年はすぐ目の前 爆発的に増加する医療介護 福祉需要の財源は？

この大問題に対して、現場の第一線で我々は何を憂えばよいのだろうか？（人的資源や財源確保の決定権も無い状態で）

少子高齢多病時代の安心で
きる医療介護福祉体制の死守
を目指してきた我々としても
「財源確保に関しては決定権
もなく政府に任せるしかない
」わけだが、なかなか解決
に向けた方策が見えない現状
に焦燥感が増している（いき
なり大油田でも領海内に出現
するか、日本の景気が劇的に
良くなれば違う解決法も出て
くるだろうがあまり期待でき
ない）。財源は「税金と社会
保険料と自己負担」以外に
国も少なくない。

しかしながら、その財源を
負担する国民の間では十分な
情報が周知されておらず、国
全体での議論もなされていな
いのが現状である。

政治家が「国民が安心して
生活するために財源が必要なら
ば増税も含めてきちんと説明
し、納得いただき、国全体
で力を合わせて医療面でも福
祉面でも安心して生活できる
社会をつくりあげるよう情報
提供すること」、国民も「た
だ税負担に過敏に反応するの
ではなく、その税金が自分た
ちの安心できる未来を保障す
ることを確認し、選挙でもそ
のような政治家を選ぶ」とい
うような政治家を選ばない」と

が賢い選択かと常々考えて
いる。

ただ人間の性として「将来
の安定より目の前のことが大
切」「自分に都合の悪い情報
は耳に入らない（信じたいも
のを選ぶ）」「本当に困るまで
難題については真剣に討議す
るのを避ける」といった側面
があるのも事実である。

その中で医療界としては
「国民の安心できる未来のため
には、受益者負担という観点
点から負担増が必要なることを
説明し、説得力のある医療界
への信頼を得ること」が重要
である。また実際に税金や社
会保険料を徴収する政府が国

民からきちんと信頼され、自
分達の払った税金が自分達の
幸福のために使われているこ
とを実感できるのが重要であ
る。政治家は「消費税を上げ
ると選挙に負ける」と根本的
な解決の道から逃げ、財源確
保のための十分な議論を避け
るのもうやめて覚悟を決め
て欲しい。国民としても自分
達の明日のための財源の確保
は重要な課題であり、ただ「増
税や自己負担増は嫌だ」と
言っていられないのは事実で
ある。この点については社会
全体でじっくり考え、議論を
熟成させる必要性を痛感して
いる。

（増田幹生）

B 近未来の高齢者救急逼迫に対するインフラ維持としての
中小民間病院の存続について（前回提示）

C ひっ迫する医療現場の実情を理解し、
暖かい目で若い医師や救急医療を育ててほしい

- 逼迫した状況で余裕のない状態でも、目の前の人を救おうと無理をしても医療を提供するのが医師の使命と感じています。
しかしながら、最近では結果がうまくいかなかった場合に対応や不備を非難され責任を追及される案件が目立つため、現場には「ミスの無いようにするには、診療は十分な体制が整わない以上、受けない」と言った雰囲気蔓延しています。今後の医療需要の爆発的増加の状況で（コロナ禍の時のように）救急医療難民を増加させる一端となっているのも事実です。
- 「全力を尽くしますが、必ずしも良い結果に結びつくとは限りません（医療の不確定性）、私 失敗したわけではありませんが、ドクターXのようにはいきません」

