

地域医療構想と医師需給推計の動向と課題¹⁾大津 唯^{*1}・尾形 裕也^{*2}

抄 録

わが国の医療・介護サービス提供体制に関しては、2025年を当面の目標年次として、その将来像が議論されてきた（いわゆる「2025年モデル」）。2025年は、いわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上の後期高齢者になる象徴的な年で、質・量両面で医療・介護サービスに対するニーズが大きく変化する可能性があり、これに対応した医療・介護提供体制の再構築が求められている。

こうした状況の中、2014年に成立した「医療介護総合確保推進法」に基づき、都道府県による地域医療構想の策定が始まった。地域医療構想は、2025年の医療需要と病床の必要量を構想区域ごとに推計するものであり、それを踏まえて病床の機能分化・連携を推進することが求められている。さらに、2015年12月に厚生労働省で「医療従事者の需給に関する検討会」が立ち上げられ、その下に設置された「医師需給分科会」では、2016年6月に「中間取りまとめ」が公表され、その中で全国レベルの医師需給推計が提示された。

このように、将来の医療需要に対応した医療提供体制の構築に向け、その前提となる将来推計が次々に進められており、本稿はその動向と内容を概観し、今後の課題について考察を行った。

キーワード：地域医療構想，医師需給，医療提供体制，医療従事者

社会保障研究 2016, vol.1, no.3, pp.514-522.

I はじめに

わが国の医療・介護サービス提供体制に関しては、2025年を当面の目標年次として、その将来像が議論されてきた（いわゆる「2025年モデル」）。

2025年は、いわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上の後期高齢者になる象徴的な年である²⁾。すなわち、質・量両面で医療・介護サービスに対するニーズが大きく変化する可能性があり、これに対応した医療・介護提供体制の再構築が求められている。

¹⁾ 本稿における考察は筆者らの個人的見解であり、筆者らが所属する組織の意見を代表するものではないことをあらかじめ断っておく。

²⁾ 国立社会保障・人口問題研究所（2012）によれば、65歳以上の老年人口の増加のピーク自体は2042年であると推計されている。一方で少子化の進行により、老年人口の全人口に占める割合はその後も上昇を続け、2060年には39.9%に達する見込みである（出生中位・死亡中位推計、推計が発表されているのは2060年まで）。

^{*1} 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部 研究員

^{*2} 東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授

こうした状況の中、2014年に成立した「医療介護総合確保推進法」³⁾に基づき、2015年4月から都道府県による地域医療構想の策定が始まった。この地域医療構想は、2025年の医療需要と病床の必要量を構想区域（原則として2次医療圏単位）ごとに推計するものであり、それを踏まえて病床の機能分化・連携を推進することが求められている。地域医療構想は、2016年度末までにすべての都道府県で策定される予定となっている。

さらに、2015年12月に厚生労働省で「医療従事者の需給に関する検討会」が立ち上げられ、医療従事者の需給の見通しや、医療従事者の確保策、地域偏在対策などの検討が開始された⁴⁾。「医療従事者の需給に関する検討会」では、職種ごとに「医師需給分科会」、「看護職員需給分科会」および「理学療法士・作業療法士需給分科会」が設置され、このうち「医師需給分科会」では、2016年6月に公表された「中間取りまとめ」において、他の分科会に先駆けて将来の医師需給推計が提示された。

このように、厚生労働省では現在、将来の医療需要に対応した医療提供体制の構築に向け、その前提となる将来推計が、医療需要、病床の必要量、医療従事者の需給と次々に進められている。

以上の政策動向を踏まえ、本稿では地域医療構想における必要病床数の推計、続いて「医師需給分科会」の「中間取りまとめ」で示された医師需

給推計について概観した上で、医師需給の推計方法について整理を行った。その上で、今後の課題について、考察を行った。

II 地域医療構想と医師需給推計

1 地域医療構想の動向と必要病床数の推計

既述の通り、地域医療構想は将来の医療需要に対応した医療提供体制の構築に向けて、2025年のあるべき医療提供体制を目指すものであり、2025年の医療需要と病床の必要量を構想区域（原則として2次医療圏単位）ごとに推計し、それを踏まえて病床の機能分化・連携を推進することが求められている。この地域医療構想は、医療計画の一部として2016年度末までにすべての都道府県で策定される予定となっている⁵⁾。

地域医療構想の策定方法については、2015年3月に厚生労働省から「地域医療構想策定ガイドライン」が示されている。ここで示された必要病床数の推計の手順は次の通りである（推計方法の詳細については、本特集の松田論文を参照されたい）⁶⁾。

① 構想区域ごと、病床の機能区分ごとの医療需要を次の式で推計⁷⁾

2025年の医療需要 = [2013年度の性・年齢階級の入院受療率 × 2025年の性・年齢階級別推計人

³⁾ 2014年6月に成立・公布。正式には「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」。2013年12月に成立した「社会保障制度改革プログラム法」（「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」）に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築により地域における医療と介護の総合的な確保を推進することを目的に、医療法や介護保険法等の関係法律の改正を行ったものである。この法律の中で定められた医療法の一部改正により、都道府県は医療計画において地域医療構想（病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量等）に基づく、将来の医療提供体制に関する構想）を策定することとなった。

⁴⁾ 「医療従事者の需給に関する検討会」の立ち上げは、2015年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2015」の中で、『人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制の構築に資するよう、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する』（閣議決定（2015）、p.31）とされたことに基づく措置である。

⁵⁾ 厚生労働省（2016a）によれば、2016年8月31日時点で19都道府県が地域医療構想を策定済みであり、残る道府県も年度内に策定予定である。

⁶⁾ 本節における必要病床数の推計方法に関する記述は、厚生労働省（2015a）に基づく。

⁷⁾ 病床の機能区分とは、病床機能報告制度に基づいて病棟ごとに選択されるもので、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの区分に分かれている。病床機能報告制度は、2014年に「医療介護総合確保推進法」に基づいて新たに設けられたもので、一般病床または療養病床を有する医療機関は毎年報告する義務を負っている。

口] の総和⁸⁾

② 構想区域ごとの医療需要を基に必要病床数を次の式で算出

2025年の必要病床数 = 将来のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数 ÷ 病床稼働率⁹⁾

構想区域ごとの必要病床数の推計は今後出揃うことになるが、全国レベルの推計結果は公表されている。2025年の全国の必要病床数は、高度急性期で約13万床、急性期で約40.1万床、回復期で約37.5万床、慢性期で24.2～28.5万床、計115～119万床となっている〔医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会（2015）〕。

2 「医師需給分科会」における医師需給の推計

このような地域医療構想の動向に引き続いて、2015年12月に厚生労働省で「医療従事者の需給に関する検討会」が立ち上げられ、医療従事者の需給の見通しや、医療従事者の確保策、地域偏在対策などの検討が開始された。この「医療従事者の需給に関する検討会」のもとに設置された「医師需給分科会」では、2016年6月に「中間取りまとめ」が公表され、その中で全国レベルの医師需給推計が提示された。

「中間取りまとめ」で公表された医師需給推計の結果は次の通りである。なお、表1にも一覧としてまとめている。

(1) 医師の需要推計の結果

医師の需要推計は、労働時間の縮減度合い等の仮定の違いに応じて、3パターンに分けて計算されている。最も医師の需要が大きくなると仮定した場合を上位推計、一定程度医師の需要が大きくなると仮定した場合を中位推計、最も医師の需要が小さくなると仮定した場合を下位推計として示している。

具体的な推計の結果は次の通りである。上位推計では、2025年に31.4万、2040年に31.5万人となる。中位推計では、2025年、2040年ともに29.9万人である。下位推計では、2025年、2040年ともに29.2万人である。

(2) 医師の供給推計の結果

医師の供給については、2015年には27.4万人であるものが、2025年には30.3万人、2040年には33.3万人に増加すると推計されている。

(3) 医師の需給バランス

需要と供給それぞれの推計結果を踏まえた医師の需給バランスは次のように推計されている。上位推計では、2033年頃に約32万人で医師需給が均衡し、2040年には医師供給が約1.8万人過剰となることが見込まれる。中位推計では、2024年頃に約30万人で医師需給が均衡し、2040年には医師供給が約3.4万人過剰になることが見込まれる。下位の需要推計では、2018年頃に約28万人で医師需給が均衡し、2040年には医師供給が約4.1万人過剰になると見込まれる¹⁰⁾。

表1 医師の需給推計の結果の概要

(単位：万人)

	2014年(需要) 2015年(供給)	2025年	2040年
需要推計 (下位推計～上位推計)	27.7～30.0	29.2～31.4	29.2～31.5
供給推計	27.4	30.3	33.3

出所：厚生労働省（2016c）のp.33をもとに筆者ら作成。

⁸⁾ 慢性期機能の医療需要については、入院受療率の地域差を縮小させる目標を加味している。

⁹⁾ 病床稼働率は、高度急性期で75%、急性期で78%、回復期で90%、慢性期で92%と、それぞれ設定されている。

¹⁰⁾ なお、2006年に行われた医師需給推計では、2022年に医師の需給が均衡するとされていた〔厚生労働省（2006）〕。

Ⅲ 「医師需給分科会」の「中間取りまとめ」で示された医師需給の推計方法

本節では、「医師需給分科会」の「中間取りまとめ」で提示された医師需給の推計方法について整理する¹¹⁾。なお、今回「医師需給分科会」で提示された医師需給推計は暫定的なものであり、2016年度中に医師の働き方や勤務状況などの全国調査を行い、「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）」を策定したうえで、改めて必要な医師数を検討することとされているので¹²⁾、留意されたい。

1 医師の需要推計の方法

医師の需要推計は、「臨床に従事する医師」と「臨床以外に従事する医師」に分けて推計したのを足し合わせたものである。「臨床に従事する医師」と「臨床以外に従事する医師」の需要も、それぞれさらに細分化して推計を行ったものを積み上げている。

以下では、それぞれの項目の推計方法について概説する。

(1) 臨床に従事する医師の需要推計

「臨床に従事する医師」の需要は、「入院医療における医師の需要」、「外来医療における医師の需要」、「介護老人保健施設における医師の需要」の3つに分けて推計されている。

①入院医療における医師の需要

入院医療における医師の需要は、さらに一般病床・療養病床と精神病床に分けて推計されているが、いずれも次の式で計算されている。

必要病床数等×病床あたり医師数＝将来の医師需要

一般病床・療養病床の必要病床数は、前節で触れた全国の必要病床数の推計のうち最も必要病床数が多くなる想定に基づいて推計されている¹³⁾。

また、精神病床は地域医療構想に含まれていないため、入院期間別に3つ（3カ月未満、3カ月以上1年未満、1年以上）に区分したうえで、患者調査における直近の年齢階級別入院受療率に将来の人口構成の推移と近年の受療率の年次推移を反映して推計されている。

病床あたり医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）から得られる病院で臨床に従事する医師数を、「医療施設調査」（厚生労働省）を利用して一般病床・療養病床と精神病床に按分することで、一般病床・療養病床と精神病床それぞれで臨床に従事する医師数を求めている¹⁴⁾。なお、一般病床・療養病床の医師数については、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの医療機能に一定の比率で按分し¹⁵⁾、それぞれの病床数で除することで、医療機能ごとの病床あたり医師数を推計している。一方、精神病床の病床あたり医師数は、入院期間の3つの区分ごとに一定の基準で按分して推計している¹⁶⁾。

②外来医療における医師の需要

外来医療における医師の需要は、次の式で計算されている。

将来の外来患者数×患者1人あたり医師数＝将来の医師需要

将来の外来患者数は、直近の患者数を年齢階級別に人口で除して、年齢階級別の受療率を計算し

¹¹⁾ 本節における医師需給推計の概要は、厚生労働省（2016b）および厚生労働省（2016c）に基づいて整理した。

¹²⁾ 厚生労働省（2016b）、p.4。

¹³⁾ 詳細は厚生労働省（2016c）のp.4を参照のこと。

¹⁴⁾ 同様にして算出した有床診療所で臨床に従事する医師数も含める。

¹⁵⁾ 按分比率は病床機能報告を活用して決められている。詳細は厚生労働省（2016c）のp.6を参照のこと。

¹⁶⁾ 按分比率については、厚生労働省（2016c）のp.5を参照のこと。

た上で、将来の人口構成の推移と近年の受療率の推移を反映して推計されている。

また、患者1人あたり医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)から得られる診療所で従事する医師数を、「医療施設調査」(厚生労働省)を利用して有床診療所と無床診療所に按分することで推計されている。

なお、ここで外来医療には、「訪問して行う診療」¹⁷⁾も含まれている。また、病院および有床診療所の外来需要は、入院医療(一般病床・療養病床)における医師需要の推計の方に含まれている。

③介護老人保健施設における医師の需要

介護老人保健施設における医師の需要は、次の式で計算されている。

将来の施設入所者数×入所者数あたり医師数＝
将来の医師需要

将来の施設入所者数は、直近の介護老人保健施設の年齢階級別入所者数を年齢階級別人口で除して、年齢階級別の入所率を計算したうえで、将来の人口構成を反映して推計されている。入所者数あたり医師数は、「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)から推計されている。

④需要の推計において勘案された事項

以上の①～③のそれぞれの推計においては、次の(a)～(c)の3つの点が勘案されている。その結果、「入院医療における医師の需要」と「外来医療における医師の需要」は幅のある推計となっている。

(a) 労働時間の適正化の見込み

高度急性期・急性期に従事する医師の週あたり勤務時間が、直近の56.6時間¹⁸⁾から、上位推計では45.7時間に、中期推計では51.1時間に、下位推計では53.9時間に短縮されることを見込んでいる¹⁹⁾。この労働時間の短縮により、必要となる医師の数は、上位推計で1.24倍、中位推計で1.11倍、下位推計で1.05倍である。

(b) 精神病床の入院需要の年次推移

精神病院の入院需要を、近年の入院受療率の推移(変化率)を、0.9～1.1倍にして延伸することで、幅を持った推計を行っている(中位推計は1.0倍)。

(c) 外来需要等の年次推移

外来需要等の年次推移を、外来受療率等の推移(変化率)を0.9～1.1倍にして延伸することで、幅を持った推計を行っている(中位推計は1.0倍)。

(2) 臨床以外に従事する医師の需要推計

「臨床以外に従事する医師」の需要は、「医育機関等に従事する医師」、「産業医業務に従事する医師」、「行政機関に従事する医師」、「製薬業界に従事する医師」、「国際分野に関連する医師」、「その他の分野」の6分野に分けて推計されている。

ここで分野ごとの推計方法の詳細には立ち入らないが、いずれの分野も一定の仮定に基づいて一意の推計値を算出している²⁰⁾。

(3) 医師の需要推計の内訳

以上の方法によって計算された医師の需要推計の内訳は表2の通りである。

¹⁷⁾ 具体的には、往診料(緊急往診等を含む)または訪問診療料を算定する診療の患者数も外来患者数の推計に含まれている。さらに、地域医療構想において「将来(2025年)、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数」とされた29.7万人も加えられている。

¹⁸⁾ 独立行政法人労働政策研究・研修機構(2012)に基づく推計値。詳細は厚生労働省(2016c)のp.12を参照のこと。

¹⁹⁾ 上位推計では他の病院・診療所と同レベルになること、中位推計では他の病院・診療所との労働時間の差が50%縮小すること、下位推計では他の病院・診療所との労働時間の差が25%縮小することがそれぞれ想定されている。

²⁰⁾ 詳細は厚生労働省(2016c)のpp.12～19を参照のこと。

表2 医師の需要推計の内訳

(単位：人)

	2014年	2025年	2040年
(1) 臨床に従事する医師			
入院医療（一般病床・療養病床）	166,900～189,600	175,700～197,000	179,200～200,800
入院医療（精神病床）	10,000	7,300～7,500	5,700～6,000
外来医療	89,200	94,300～94,700	90,100～90,800
介護老人保健施設	2,700	3,800	4,200
(1)の合計	269,000～291,700	281,000～303,100	279,200～301,800
(2) 臨床以外に従事する医師			
医育機関等の研究分野	4,700	5,600	5,600
産業医業務	1,500	2,050	2,740
行政機関等	1,600	1,810	2,170
製薬業界	420	1,310	1,570
国際保健分野	260	560	670
その他の分野	250	300	350
(2)の合計	8,640	11,620	13,100
(1)と(2)の合計	277,000～300,000	2292,000～314,000	292,000～315,000

注：端数処理の関係で、合計が一致しないことがある。
出所：厚生労働省（2016c）のp.33をもとに筆者ら作成。

2 医師の供給推計の方法

医師の供給推計は、次の(a)～(c)の仮定に基づいて計算される医師の就業者数に、(d)で仮定した一人当たり医師の仕事量を勘案して、算出されている。

- (a) 医学部定員は、2016年度の定員である9,262人で今後も推移すると仮定
- (b) 医師国家試験の受験率、再受験率、合格率、および合格者の医籍登録率は2006～2015年の実績値の中央値で2040年度まで推移すると仮定²¹⁾
- (c) 医籍登録後の就業率は、「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)から推計された医籍登録後年数別の就業率の、2002～2012年の中央値で推移すると仮定
- (d) 30～50歳代の男性医師の仕事量を1としたときに、女性医師は0.8、60歳以上の高齢医師は0.8、1年目の研修医は0.3、2年目の研修医は0.5であると仮定²²⁾

Ⅳ まとめと考察

必要病床数の推計は今後各都道府県の地域医療構想が出揃うのを待って、また医師需給推計は今後さらなる議論を経て、それぞれ精緻化されることになっているが、現時点での課題は次のように整理できよう。

まず、病床の必要量の推計については、次の5点を指摘したい。

第一に、一般病床と療養病床では、必要病床数算定のロジックが異なっている。療養病床の推計にのみ入院受療率の地域差を縮小する目標が織り込まれているが、そのような手法の是非については今後十分に検討される必要がある。

第二に、推計の対象は一般病床と療養病床のみで、精神病床が含まれていない。精神病床については、厚生労働省の「地域医療構想策定ガイドライン」においても検討の必要性が指摘され、今後「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」において別途議論される予定だが²³⁾、

²¹⁾ 具体的なパラメータについては、厚生労働省（2016c）のpp.24～26を参照のこと。

²²⁾ 60歳以上の女性医師の仕事量は男性の高齢医師と同等、女性の研修医の仕事量は男性の研修医と同等であるとそれぞれ想定している。また、研修を終了した20歳代の男性医師の仕事量は、30～50歳代の男性医師と同等と想定されている。その背景となる考え方については、厚生労働省（2016c）のpp.29～32を参照のこと。

²³⁾ まずは「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の下に設置されている「新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会」で今後議論される予定である〔厚生労働省（2016d）〕。

2013年の医療計画の見直しにおいて、記載すべき重要な疾病に「精神疾患」が加えられたところ（いわゆる「4疾病」が「5疾病」となった）であり、そのこととの整合性が問われる。

第三の課題は、病床機能報告の結果と推計された必要病床数との乖離についてである。病床機能報告において「回復期機能」が選択された病床は1割程度にとどまる一方、2025年の必要病床数の推計では「回復期機能」が3割以上を占めている²⁴⁾。このように、病床機能報告では「回復期機能」の病床が極端に少なくなっているが、これは当初案にはあった「亜急性期」機能を無くした影響が推測される²⁵⁾。今後、「回復期機能」の内容を分かりやすく周知し、医療機関が「回復期機能」を選択しやすくする工夫が必要である。

第四に、2025年までに4回予定されている診療報酬改定を通じて、病床機能ごとの適切な診療報酬を設定していく必要がある。その際、たとえば、地域包括ケア病棟がどのような病床機能を選択しているかなど、病床機能報告と診療報酬上の評価の関係性について、データに基づいて分析することが不可欠である。

第五の課題は、療養病床の転換についての課題である。「療養病床の在り方等に関する検討会」において、療養病床の転換先として住まいを重視した新たな施設類型が提案されたが、その具体的な制度設計は今後の重要な課題である²⁶⁾。

また、医師需給の推計については、次の3点を指摘できよう。

第一に、今回のように医師、看護職員、理学療法士・作業療法士という医療従事者全体の需給を

一体的に検討するというのは初めての試みであり、この点は評価できる。

第二に、その基本的な前提条件については、各職種間でできる限り揃えるとともに、職種相互の関係等について整合性を図るべきであるが、一方、職種に係る特性で無視できない点については十分考慮する必要がある²⁷⁾。

第三に、今回の医師需給推計は、あくまで全国ベースでの「総数」についてのみ粗い推計を行ったものであり、今後その精緻化を図るとともに、地域間、診療科間の偏在の問題についても検討する必要がある。特に後者については、現在準備が進められている新たな専門医制度との関係も考慮する必要がある。

以上、本稿では地域医療構想における必要病床数の推計と「医師需給分科会」の「中間取りまとめ」で示された医師需給推計について概観し、今後の課題について整理した。ただし、今後推計がどれほど精緻化されるとしても、今後の動向が政策的要因や社会的変化、また様々な不測の要因によって影響を受ける以上、将来推計は一定の仮定に基づいた、幅のあるものにならざるをえない。したがって、ある程度の余裕を持った対策が求められることになるが、厳しい予算制約のもとで、そのような不確実性に対して無制限に投資を行うことは不可能である。

このようなことを考慮すれば、医療機能の分化と連携の推進、医師養成数の増加のみに頼らないある程度強制力のある規制を含む医師偏在対策²⁸⁾、他職種との役割分担強化による医師の負担軽減などは、間違いなく喫緊の課題である。さら

²⁴⁾ 病床機能報告において「回復期機能」であると報告された病床の割合は、2014年が8.8%、2015年が10.4%であった。また、2025年において予定する病床機能についての回答も集計されており、2014年の報告では12.0%、2015年の報告では13.6%の病床が「回復期機能」とされていた〔厚生労働省（2015b）、厚生労働省（2016f）〕。

²⁵⁾ 当初案については、厚生労働省（2013）を参照されたい。

²⁶⁾ 「療養病床の在り方等に関する検討会」では、療養病床に代わる新たな類型として①「医療機能を内包した施設類型」、②「医療を外から提供する、「住まい」と医療機関の併設類型」が提案された〔厚生労働省（2016g）〕。これを受けて社会保障審議会に設置された「療養病床の在り方等に関する特別部会」において、現在その具体化に向けた議論が進められている。

²⁷⁾ 例えば、看護職員についていえば、就業している看護職員の総数は約160万人（2014年）であるが〔厚生労働省（2016h）〕、これに対し、膨大な「潜在看護職員」の存在が指摘されている。64歳以下で非就業の「潜在看護職員」は約71万人（2010年度末）との推計もあり〔厚生労働省（2014）〕、こうした「潜在看護職員」の存在を看護職員の需給推計でどのように考慮するか、今後の課題である。

に言えば、大学進学年齢に相当する18歳人口は2014年の118万人から2025年には109万人に減少し、その後もさらなる減少が見込まれていることを踏まえれば〔文部科学省(2016)〕²⁹⁾、医師、看護職員を始めとする医療従事者の供給目標をいくらか高く掲げたとしても、その達成がおぼつかなくなる可能性も否定できない³⁰⁾。少なくとも現状維持が最良の選択肢とならないのは間違いなく、今後より強力な対策が求められることは避けられないであろう。

参考文献

- 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会(2015)「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告—医療機能別病床数の推計及び地域医療構想の策定に当たって—」, 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会(第5回)資料1(2015年6月15日)。
- 厚生労働省(2006)「医師の需給に関する検討会報告書」, 医師の需給に関する検討会(2006年7月28日)。
- (2013)「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方(案)」, 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会(第6回)資料1(2013年5月30日)。
- (2014)「看護職員の現状と推移」, 看護職員需給見通しに関する検討会(第1回)資料3-1(2014年12月1日)。
- (2015a)「地域医療構想策定ガイドライン等について」, 厚生労働省通知(医政発0331第53号, 2015年3月31日)。
- (2015b)「平成26年度病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況【平成26年度末まとめ】」, 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会(第10回)資料3(2015年7月29日)。
- (2016a)「都道府県の地域医療構想の策定の進捗状況」, 地域医療構想に関するワーキンググループ(第3回)当日配布資料(2016年9月23日)。

- (2016b)「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」, 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(2016年6月3日)。
- (2016c)「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)」, 医療従事者の需給に関する検討会(第3回)参考資料1(2016年5月19日)。
- (2016d)「新たな地域精神保健医療体制のあり方分科会における論点整理(7月15日)の報告」, これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会(第3回)資料2(2016年9月30日)。
- (2016e)「医師偏在対策の主な論点について」, 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(第7回)資料2(2016年9月15日)。
- (2016f)「平成27年度病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況【平成27年度末まとめ】」, <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000102516.pdf>(2016年10月10日最終確認)。
- (2016g)「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について～」, 療養病床の在り方等に関する検討会(2016年1月28日)。
- (2016h)「看護職員の需給に関する基礎資料」, 医療従事者の需給に関する検討会看護職員需給分科会(第1回)資料3(2016年3月28日)。
- 国立社会保障・人口問題研究所(2012)「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」。
- 独立行政法人労働政策研究・研修機構(2012)「勤務医の就労実態と意識に関する調査(JILPT調査シリーズNo.102)」。
- 閣議決定(2015)「経済財政運営と改革の基本方針2015について」(2015年6月30日)。
- 文部科学省(2016)「18歳人口と高等教育機関への進学率等の推移」, 所得連動返還型奨学金制度有識者会議(第10回)配付資料(2016年6月3日)。

(おおつ・ゆい)
(おがた・ひろや)

²⁸⁾ 具体的な方策としては、「医師需給分科会」でも議論されているように、医師不足地域に配慮した臨床研修の募集定員の設定や、専攻医の地域別、診療科別の定員の設定が考えられる〔厚生労働省(2016e)〕。一方で、こうした規制が単なる数合わせとならないよう、医師のプロフェッショナルとしてのキャリアを尊重し、医師不足地域での勤務が専門性向上の妨げとなったり、勤務負担が過剰となったりしないような取り組みもあわせて強化される必要がある。

²⁹⁾ それ以上の年齢で医学部等に入学するケースについては、ここでは便宜上捨象した。

³⁰⁾ 仮に医療従事者の養成数を優先的に確保できたとしても、他の産業にそのしわ寄せがいくことになる。また、無理に量を確保しようとして、質が疎かになってしまつては本末転倒である。

Review of the Regional Medical Vision and Future Supply of and Demand for Doctors

Yui OHTSU*¹ and Hiroya OGATA*²

Abstract

In Japan, it has been discussed what the future provision system of health and long-term care should be, setting 2025 as the immediate target year. 2025 is a symbolic year, when the baby boomer generation will turn 75 and the needs for health and long-term care are likely to change. It is required that the provision system of medical services should be adapted to the future demand for them by promoting specialization and cooperation among medical facilities as well as home medical care.

Under these circumstances, Regional Medical Vision has been made by prefectural governments based on the “Act to Promote Securing Comprehensive Medical and Long-term Care Services” enacted in 2014. The Regional Medical Vision is the plan for promoting specialization and cooperation among medical facilities based on the estimated demand for medical services and hospital beds by each area in 2025. In addition, the future supply of and demand for doctors at the national level was estimated by the Committee on the Supply of and Demand for Healthcare Workers of the Ministry of Health, Labour and Welfare in June 2016.

This paper reviews these recent policy trends, focusing on the government estimations and considers future issues.

Keywords : Regional Medical Vision, Supply and Demand for Doctors, Provision System of Medical Service, Health Care Workers

*¹ Researcher, National Institute of Population and Social Security Research

*² Project Professor, Policy Alternatives Research Institute, Tokyo University