

2009年10月

医師不足問題をどう捉えるべきか？

— 医師数の問題ではなく、診療報酬が低いことが問題 —

森 宏一郎

【内容】

1. はじめに
2. 医師不足問題とは何か？
3. 医療サービス市場と医師労働市場との関係
4. 医師の配置基準も政府の失敗
5. 医師数を増やす政策とは、どのような解決策なのか？
6. 女性医師増加の影響
7. 特定診療科目での医師不足
8. 医師不足問題に対して取るべき政策とは？
9. 結論

1. はじめに

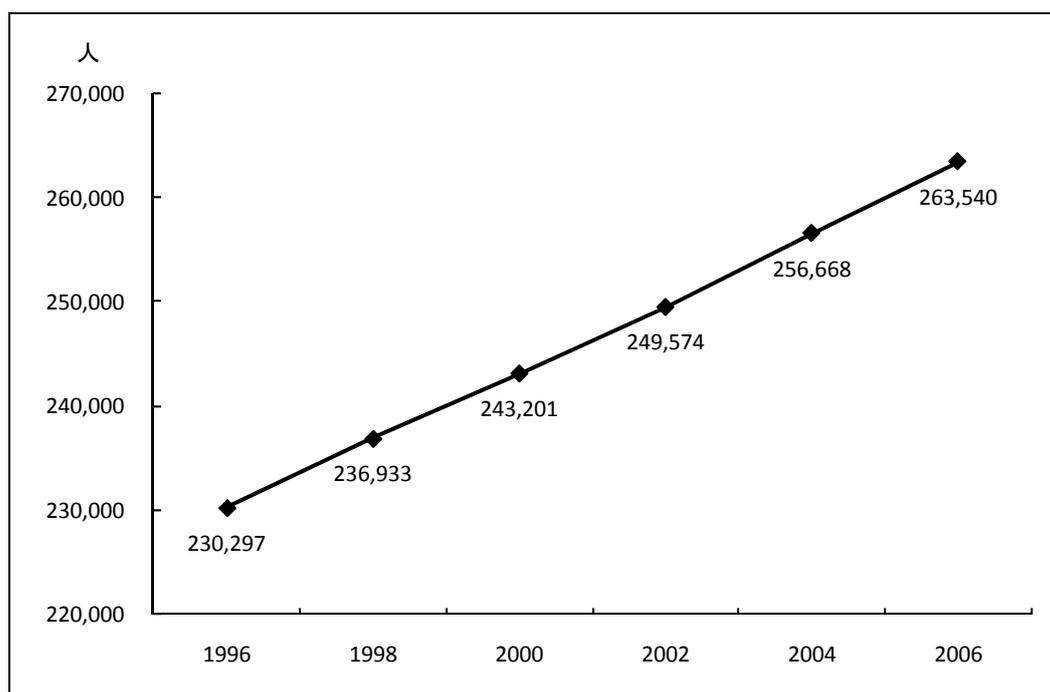
現在、日本では医師不足の問題が顕在化していると言われている。必ずしも十分に検証されているとは言えないものの、主に次の5つの側面で医師不足が起きていると言われている。(1) 絶対数として医師が不足している(医師総数の不足)。(2) 小児科や産婦人科などの特定の診療科の医師が不足している(特定診療科における医師不足)。(3) 都市部よりは地方で医師が不足している(特定地域における医師不足)¹。(4) 診療所ではなく、病院で医師が不足している(病院勤務医師の不足)。(5) 夜間の救急対応のため

¹ 都市部でも医師が不足しているところがあるという議論もある。

の医師が不足している（特定時間帯における医師不足）。

しかし、医師数が総数として不足しているという論点は必ずしも明確ではない。しばしば議論されるものに、OECD 平均値との比較がある。OECD30 カ国の人口 1,000 人当たりの医師数の平均値は 3.0 人であるが、日本は 2.1 人であり、この差に言及して、日本では 12~13 万人程度の医師を増やしてもいいのではないかという議論である。しかし、医師数の議論は諸外国の平均値と比較して議論すれば十分なものではないことは明らかである。もしそうだとすれば、国や地域に関係なく、人口当たりの医師数は平均値に収束すべきだということとなるが、その根拠は存在しない。また、図 1-1 は、近年の日本の医療施設従事医師数の推移を示しているが、毎年約 3,000 人、増加している。医師数が減少しているのではないかと誤解されている場合があるが、データが示すとおり、医師数は増加しているのである。

図 1-1. 医療施設従事医師数の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査，厚生労働省。

実際の問題の表れ方を考えると、医師不足という現象は各領域（医療機関種別、診療科別、地域別、時間帯別）で起きていると考えておくのが良さそうである。この考え方が理解できるとしても、医師総数で不足しているのではないかと見る向きもあるだろう。

しかし、後述するように、現状の市場メカニズムを考えると、実質賃金水準が低位にあるために、医師が存在していても、医師の労働供給を十分に引き出せていないと考えるべきである。もう一つの考え方は、医師の配置基準が制約になって、病院の経営上の問題から病院規模を縮小し、結果的に医師を雇用しないということが起きていると考えるべきである。いずれにしても、医師総数の不足の問題と捉えるよりは、医師というインプット資源の配分の問題と考える方が良いと考えている。

また、仮に医師数が総数で不足しているとして、現実的に医師数を増加させるには時間がかかる上、医師数が増加した頃には人口減少などにより需要が減退している可能性があるという議論がある。しかしながら、医師不足への対応を理由に、医学部定員を拡大することによって医師数を増加させる政策が部分的に実施されている。さらに、どこまで医師数を増加させれば良いかという点については、厚生労働省の「医師の需給に関する検討委員会報告書」の中で医師数に対する言及があるものの、必ずしも明らかになっていないため、必要医師数を示そうという機運が高まっている。しかし、医師不足に見えるからという理由で医師数を増やそうというのは単純すぎる。医師数を増やす政策の経済的な意味、副作用、帰結を分析しておくことが必要である。

そこで、本論文では、これらの議論を踏まえ、シンプルな経済モデルを用いて、医師不足問題の本質を分析し、対処するための政策提言を行うことを主な目的とする。この手の問題についてマクロで何が起きるのか、何が本質的な問題なのかを考察する上で、シンプルな経済モデル分析が有効な場合が多い。本論文の要点を先に示しておく、以下のようなになる。

要点：

1. 医師不足とは、医療サービス市場における需要超過・供給不足のことである。その真の原因は医療サービス市場における価格設定が低いことであり、価格設定を引き上げる（診療報酬を引き上げる）ことが第一に必要な政策である。
2. 医師の配置基準が医療機関経営の大きな制約になっており、供給体制に歪みをもたらしている可能性がある。供給体制の歪みが、医療サービス市場における供給不足に拍車をかけている。医師の配置基準を撤廃するべきである。

3. 医師数を増やす政策は、将来の需要の変化とは関係なく、医師労働の実質賃金の水準を引き下げる方向に働くため、医師不足問題を解消するための効果には疑問がある。実質賃金水準の低下を伴うため、医師の労働供給量の増加には限界があるからである。
4. 医師数を増やす政策は医師労働の実質賃金水準を引き下げるため、医師の社会的地位を低下させることにつながる可能性がある。そのことによって、医師の労働供給量が増加したとしても、医療の質が低下することから、かえって医療アウトカムが悪化する可能性がある。医師数を増やす政策は慎重に検討しなければならない。
5. 女性医師の割合の増加や特定診療科での人材不足に起因する医師不足問題については、それらの領域において医師数を確保する政策（経済的インセンティブを与えたり、労働環境を改善する）が求められる。

2. 医師不足の問題とは何か？

医師不足という言葉を使うと、「日本の医師総数が不足している」、「日本で医師免許を持つ人の数が少ない」、「日本では近年、臨床医師（医療施設従事医師）の数が減少している」というような第一印象がある。しかし、その捉え方は間違いである。医師不足問題を正しく理解するためには、医療サービス市場と医師労働市場を区別しておくことが重要である。

医師不足とは、医療サービス市場において、需要を満たせるだけの供給が実現できていない状態のことを指している。問題の核心は医療サービス市場での需給ギャップ（需要超過・供給不足）にあり、医師労働市場での需給ギャップ（需要超過・供給不足）にあるのではないということである。医師がいないので、医療サービスを供給できないのではなく、医療サービス価格が低いために、医療サービスを供給できないのである。医療サービス価格が低いことを背景として、結果的に、いくつかの領域で十分な数の医師を確保することができていないのである。その医療サービス市場での需要超過・供給不足の状況を見て、医師の数が足りていないかのような印象を受けているのである。

結論を先取りして説明した方が分かりやすい。医師不足の真の問題は、医療サービス市場で医療サービス価格（診療報酬）が低いことである。その低い医療サービス価格（診療報酬）の下で、医師労働市場において需給均衡となるように実質賃金水準が決まり、その結果、医師労働投入量が決まる。しかし、その医師労働投入量は、医療サービス市場での需要超過・供給不足を前提としている水準に過ぎない。つまり、医療サービス市場の視点から見ると、医師の労働投入量が過少となっているように見えているというだけなのである。繰り返すが、このとき、医師労働市場では、医師の労働投入量は過少にはなっておらず、実質賃金水準は柔軟に変化できるため、基本的に需給バランスを取るような調整機能が働いているのである。したがって、医師不足の問題は医師数が不足しているという問題ではなくて、医療サービス市場で医療サービス価格（診療報酬）が低い水準に固定化されていることによって、医療サービスの需要超過・供給不足が生じている問題のことである。このときの医師労働投入量の小ささが、あたかも医師が不足しているかのように見えているのである。

もちろん、現役の医師全員が 24 時間働き続けることは不可能であるため、医師数の絶対的な不足という場合も論理的にはあり得る²。しかし、日本全体で絶対的に医師が不足しているという現象（例えば、概ね全ての地域で病院と診療所の両方で医師がフル稼働になっているにも関わらず、受診できない患者や長時間待機患者が多数存在するというような現象）は観察されていないし、そうしたことの明確な検証結果も見ることがない。明確な検証がないだけで、現実として医師が絶対数として不足しているということもあり得るが、毎年約 3,000 人、医療施設従事医師数は増加しており、絶対数で見ても突然医師が極端な不足に陥ったとは考えにくい³。基本的に、医療サービス価格の設定を失敗したことにより、結果として医師労働投入量が小さくなっている問題として捉えるべきである。換言すれば、政府の失敗の一つということになる。こうした問題の捉え方をすれば、医師数を増やすという数量調整ではなく、診療報酬を引き上げるという価

² 日本全体の医師総数ということではなく、特定の診療科目では、専門として希望する医師が減少したことにより、絶対数として医師不足になっているのではないかという議論がある。特に、労働投入量としてだけでなく、人数として複数人の医師が同時に必要とされる場合がある。例えば、産婦人科において、分娩時や手術時には複数人の医師が同時に立ち会う必要がある。

³ 新医師臨床研修制度の導入が突発的な変化をもたらしたとする議論もあるが、医師総数で見ても医師が不足しているという根拠としては不十分である。もちろん、大学が供給機能を担っていた医療機関において、医師不足の顕在化を招いたことは間違いない。

格調整こそが第一に必要なのである。

3. 医療サービス市場と医師労働市場の関係

医療サービス市場と医師労働市場は言うまでもなく密接に関係している。順を追って、それぞれの市場で何が起きているのかを説明し、2つの市場がどのように関係しているのかを整理しておこう。

図 3-1. 医療サービス市場における需要超過

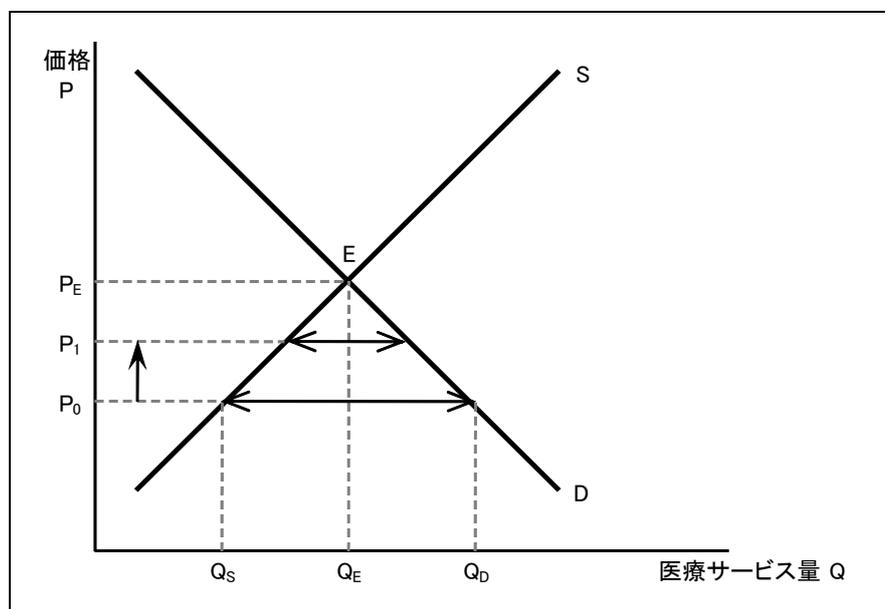
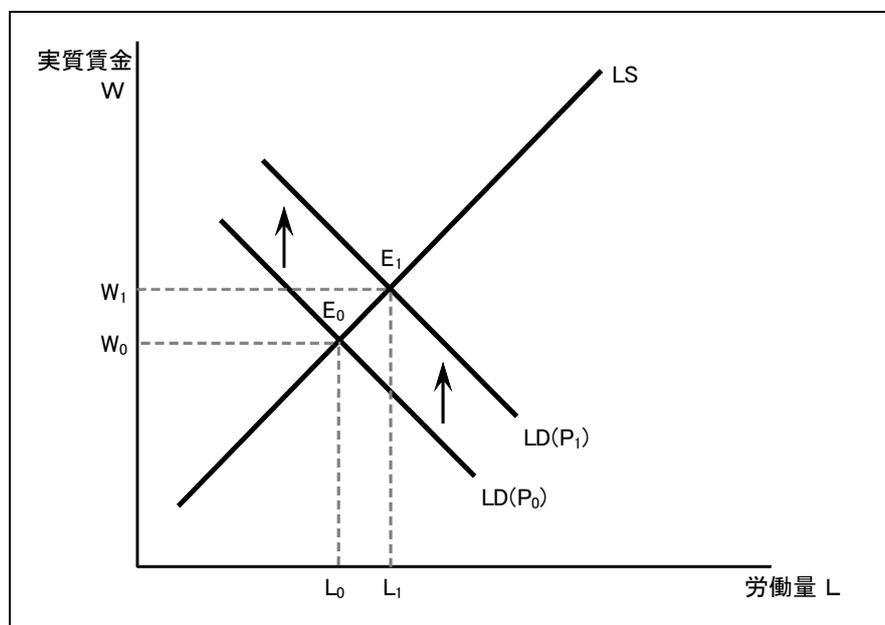


図 3-1 は医療サービス市場の様子を示している。縦軸に価格、横軸に医療サービス量を取っている。S は供給曲線を示し、D は需要曲線を示している。患者は一部負担であるため、現実的には供給者側と需要者側が直面する価格は異なる。しかし、ここでは無用な複雑さを避けるため、そのギャップを補正して描かれている（平行移動して描かれている）と考えて、需要曲線も供給曲線も共通の価格 P に直面していると考えよう。今、医療サービス市場で需要超過・供給不足状態にある状況を検討する。その場合、明らかに価格の設定が低いことが原因である。2002 年に診療報酬の大幅なマイナス改定があったが、その影響がそのまま今日まで残っていると考えることができる。例えば、

図 3-1 の P_0 のような価格を設定していると、需要量は Q_D 、供給量は Q_S となることから、 $Q_D - Q_S$ だけの需要超過・供給過少が発生する。

図 3-2. 医師労働市場



次に、図 3-2 は医師労働市場の状況を示している。縦軸に実質賃金、横軸に労働量（例えば、総労働時間）を取っている。LS は医師労働供給曲線を示し、LD は医師労働需要曲線を示している。いくつかの重要な注意点がある。第一に、医師労働市場では、医療サービス市場とは異なり、実質賃金の設定についての制約はないということである。医療サービス市場では医療サービス価格（診療報酬）は国によって決められていたが、医師の実質賃金は医療機関が自由に設定することができる。したがって、医師労働市場では価格調整メカニズムが機能し、需給均衡が実現する。この意味で、医師の労働市場では超過需要・供給不足は存在せず、医師不足ということにはならない。第二に、医師労働市場の需給均衡において、理論的には、医師の過剰労働は存在しない。もちろん、需給均衡において、全ての医師が 1 日 8 時間、週 40 時間労働になるはずはないが、全ての医師は実質賃金に対応して供給してもよい労働量を決めている⁴。労働に対するイ

⁴ 現実的には、医師の仕事は人の生命を守ることであり、最初に考えていたとおりの賃金水準と労働時間の組み合わせになるとは限らない。特に、労働時間の問題だけではなく、複数人の医師が絶対数として必要な場面も多いため、もし人数が確保されていなければ、異常な労働の仕方になることになる。産婦人科などの特定診療科ではこの手の問題があるようである。しかし、医師総数の数量調整の問題ではなく、特定領域での医師確保の問題である。また、本文の分析のとお

ンセンティブは個人により異なるため、この状態は問題になるようなことはなく、むしろ望ましい。第三に、医師労働需要曲線は医療サービスの価格水準の高さによって上下にシフトする。つまり、医療サービス価格が高ければ、医療機関は同じ労働需要量に対して、より高い実質賃金を設定することができる。例えば、図 3-2 では、二つの医療サービス価格 ($P_0 < P_1$) についての医師労働需要曲線が描かれている。図から分かるとおり、労働需要曲線は医療サービス価格が高ければ上方にシフトするため、投入労働量は拡大し ($L_0 \rightarrow L_1$)、実質賃金も上昇する ($W_0 \rightarrow W_1$) ことになる。

さて、図 3-1 と図 3-2 を合わせて見ると、医療サービスが十分に供給されていない現状は医師総数が不足している問題ではなく、医療サービス価格つまり診療報酬が低すぎるものが問題であることが分かる。医療サービス市場では、医療サービスの価格が低すぎるために、医療サービスの需要超過・供給不足が起きている。そのことを通じて、医師の労働市場では、医療サービス市場での望ましい水準から見て、低い実質賃金水準が設定され、結果として労働投入量が小さくなっているのである。注意しなければならないのは、このとき、医師労働市場では需要超過・供給不足は起きていないということである。したがって、医師労働市場に介入するのではなく、医療サービス市場における価格の調整こそが正しい政策となる。つまり、診療報酬を段階的に引き上げて、医療サービス市場での需給バランスを取っていくことが求められるのである。診療報酬を段階的に引き上げていけば、医師労働市場では、医師労働需要曲線の上方へのシフトを通じた実質賃金水準の上昇に伴って、医師の労働投入量が段階的に増加していくことになる。その結果、いわゆる医師不足の問題（見かけ上の問題であり、医療サービス市場での需要超過・供給不足の問題）は解消に向かうのである。

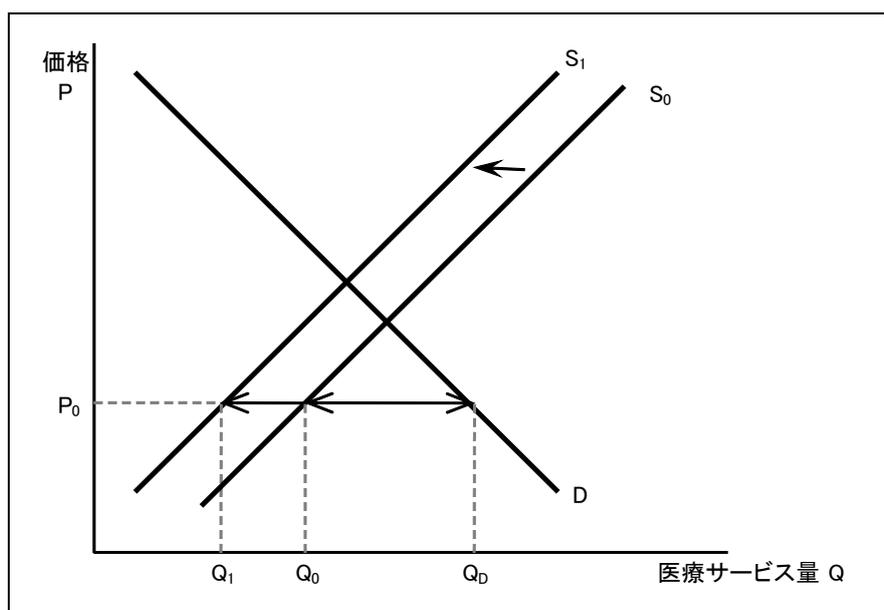
り、医療サービス価格が十分に高ければ、より多くの労働投入が実現するはずであり、人数的にも確保できるようになるであろう。

4. 医師の配置基準も政府の失敗

医療法施行規則の第 19 条に、病院における医師の配置基準が設定されている。詳細は割愛するが、簡単に言えば、入院患者数・外来患者数に対して配置すべき最低限の医師数が決められているのである。

本来、病院が医師を雇用するかどうかを決めるとき、1人の医師を雇用することによって増加するであろう収入（売上高）とコスト（医師への賃金支払だけでなく、付随する諸コストを含む）を比較する。そして、収入がコストを上回る限りにおいて、雇用を増やすという意思決定を行う。しかし、医師の配置基準はそういう経済的な意思決定とは無関係に決まっている。

図 4-1. 医師配置基準の影響



医療サービス価格が低い水準にある（低下した）時、上で述べたような経済的な意思決定に基づくと、病院が医師の雇用を増やすインセンティブは低くなっている（低くなる）。しかし、他方で、医師の配置基準を満たさなければならないという事態に陥る。このとき、病院は医師の数を増やすのではなく、入院患者の受け入れを減らしたり病床を削減するなど病院規模を縮小する方法を取るようになる。病院経営上、損失を増やす意思決定はできないため、これは自然な意思決定である。このとき、医療サービス市場

全体で見れば、医療サービス供給の縮小を招くことになる。図 4-1 にあるとおり、医療サービス市場では、医療機関が純粋に経済的な意思決定をする場合に比べて、供給曲線が縮小している ($S_0 \rightarrow S_1$ へと左方向にシフト) ことになる。こうなれば、医療サービス市場での需要超過・供給不足はさらに大きくなってしまう ($Q_D - Q_0$ から $Q_D - Q_1$ へ拡大)。

このことは、本来、市場において各病院が自由に経済的な意思決定を行うべき領域に対して、政府が医師の配置基準という数量規制を導入して、病院における医療サービス供給を歪めてしまったということである。その結果、医療サービス市場での需要超過・供給不足が拡大しているとすれば、これは政府の失敗と呼べる。医師の配置基準は不要な数量規制ではないか。安全性の視点という主張をするならば、医療サービス価格を引き上げて、病院の医師雇用のインセンティブを十分に高くしておくことの方が有効であろう。

5. 医師数を増やす政策とは、どのような解決策なのか？

医師不足問題とは、本質的に医師数が不足している問題ではなく、医療サービス市場での価格設定が低いために生じる需要超過・供給不足の問題である。そのため、医師数を増やすのではなく、診療報酬を引き上げることが必要な第一の政策であると述べた。では、医師数を増やすことは問題の解決にはならないのだろうか。この問いに対する答えは「解決になり得るが、その効果には疑問があり、その副作用には懸念がある」である。

診療報酬を引き上げる場合と決定的に異なるのは、実質賃金水準が低下することである。そのため、労働投入量の拡大効果は持続しない可能性があり、問題の解消効果には疑問がある。医師になっても、必ずしも医療機関での臨床医師になる必要はない。他の職種（医師としても医師としてではなくても）に比べて、臨床医師の魅力が相対的になくなれば、それ以上、臨床医師としての労働投入量を増やすインセンティブを持たなくなるだろう。言い換えるならば、もうそれ以上、実質賃金水準を低下させられない閾値

が存在するということである。問題の解消に至らないうちに、その解消効果が消滅してしまう場合が考えられるということだ。

さらに、医師数を増やす政策には、その副作用が懸念される。実質賃金水準の低下に伴って、医師の社会的立場が低下するかもしれない。そうなれば、医師が魅力的な職業ではなくなり、もはや優秀な人材を惹き付けることはできなくなるだろう。その結果、医療サービスの供給量は増えるかもしれないが（すでに述べたように、増えない場合もある）、医療の質は低下する可能性がある。医療アウトカムはかえって低下するような事態になることが考えられる。

図 5-1. 医師数を増やした時の労働市場の変化

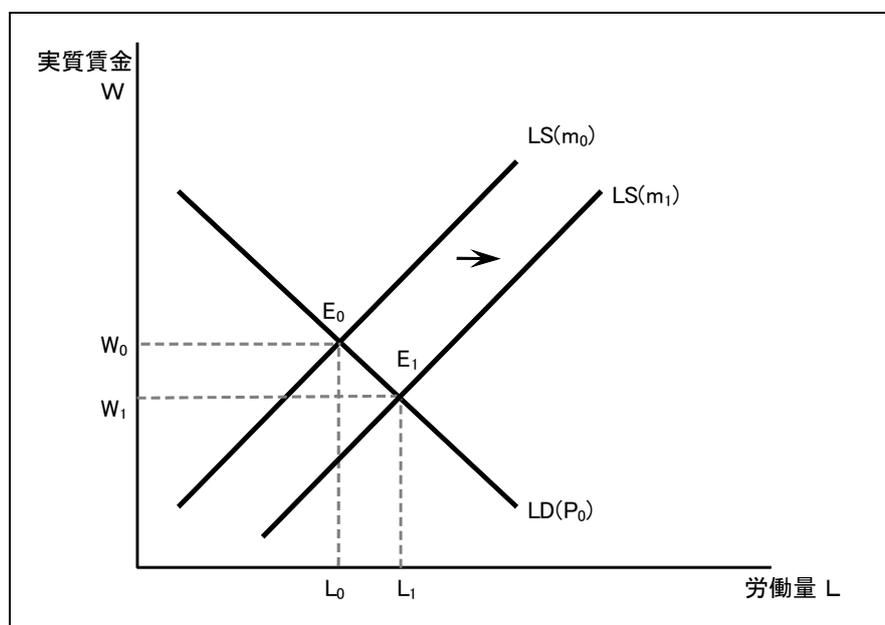


図 5-1 は、医師数を増やした時の労働市場の変化を示している。図の構成は図 3-2 と同様である。今、医師数を m_0 から m_1 へ増やしたとしよう ($m_0 < m_1$)。すると、医師数が増加したために、同じ実質賃金水準でも、労働供給量は以前よりも増加する。したがって、労働供給曲線は $LS(m_0)$ から $LS(m_1)$ へと右方向にシフトする。結果、均衡点は E_0 から E_1 へと変化する。実質賃金水準は低下し、労働投入量は増加することになる。この労働市場での変化は医療サービス市場の需要超過・供給不足の状態に対して、どのような影響を与えるだろうか。

図 5-2. 医師数を増やした時の医療サービス市場の変化

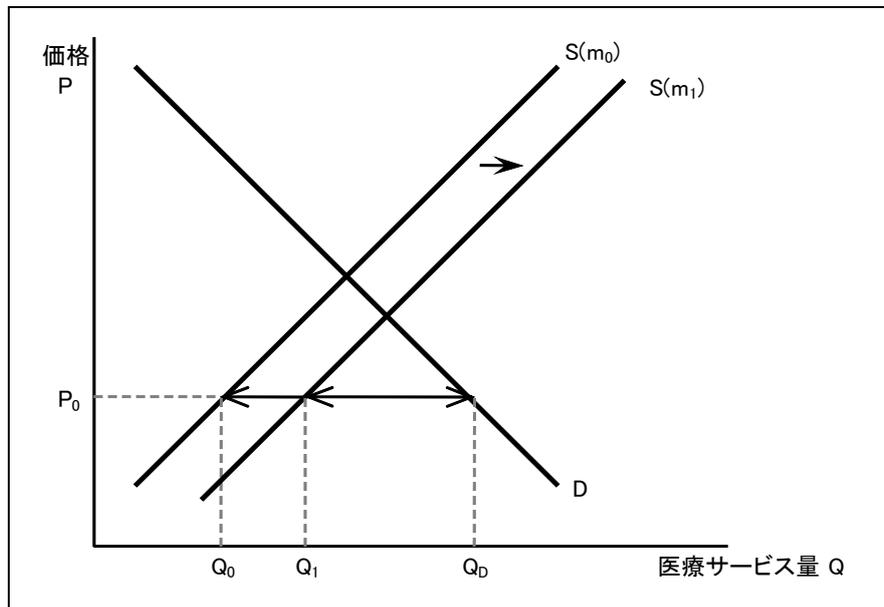
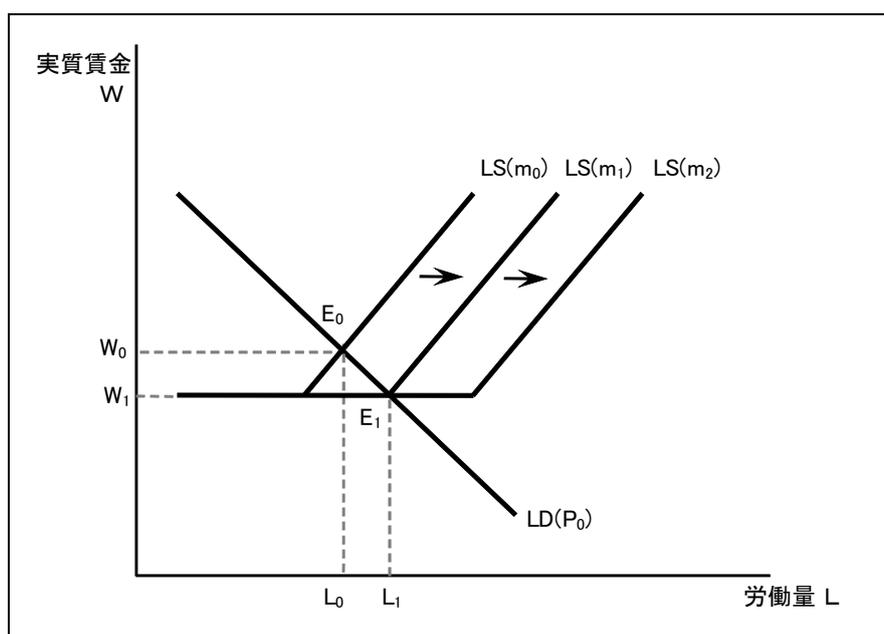


図 5-2 は、医師数を増やした時に医療サービス市場で何が起きるかを示したものである。図の構成は図 3-1 と同様である。同じ医療サービス価格に対して、医師労働市場で労働投入量が増えるので、それだけ医療サービス供給量が増えることになる。そのため、供給曲線は $S(m_0)$ から $S(m_1)$ へと右方向へシフトする。したがって、需要超過・供給不足の大きさは縮小する ($Q_D - Q_0$ から $Q_D - Q_1$ へ縮小)。このように、医師数を増加させることによって、医療サービス市場での需要超過・供給不足を解消していくことは可能である。しかし、あらかじめ指摘したように、医師労働市場では医師の実質賃金水準が低下していくことになることに留意しなければならない。

図 5-3. 医師数を増やす政策の限界（「医師労働の罨」）



最初に指摘したように、この医師数を増やす政策の場合、医療サービス市場での超過需要・供給不足を解消する前に、政策効果が消滅してしまう可能性が考えられる。簡単に言えば、医師数を増やすことによって、労働市場において実質賃金水準が低下していくことになるが、ある限度を超えて実質賃金水準が低下しようとする、もう労働供給量は増えなくなるかもしれない⁵。モデル図を使って、詳述しておこう。図 5-3 はその状況を示している。医師数が m_0 から m_1 に増加するとき、実質賃金水準は w_0 から w_1 まで低下し、それに伴って労働投入量も L_0 から L_1 に増加する。ここまでは良い。しかし、この実質賃金水準が医師が臨床医師として労働量を追加供給するための限界の実質賃金水準だとすると、医師数がこれ以上増加しても（例えば、 m_2 まで増加しても）、実質賃金水準はもう低下せず、労働投入量もこれ以上拡大しない。したがって、医療サービス市場でも、それ以上、供給曲線が右方向（拡大する方向）にシフトすることはなく、問題解消効果は失われてしまうのである。分かりやすいところと言えば、現実的にゼロに近い水準まで実質賃金水準が低下すると、実質賃金水準はゼロ以下には下がることはできず、労働投入量はそれ以上増えないということである。現実的にゼロに近い実質賃

⁵ 金融政策の限界として「流動性の罨」が有名である。マネーサプライを増加しても、もうすでに金利が十分に低下しているため、金利はもう低下できず、景気浮揚効果はもはや期待できない状況のことである。ここでも同じ論理が成立し得る。実質賃金水準が十分に低下しているため、実質賃金水準はもうこれ以上低下できず、労働投入量はもはや増えない状況になる。「医師労働の罨」とでも呼んでおこう。

金水準とは、医師としての他の仕事あるいは医師以外の仕事の実質賃金水準との比較から、もうそれ以上、労働投入量を増やさない閾値の水準のことである。分かりやすい例を挙げると、現在の分析対象が病院における医療サービス市場だとすると、診療所勤務から得られる実質賃金水準や製薬メーカー勤務から得られる実質賃金水準などとの比較から、医師数が増加しても、病院勤務における実質賃金水準のそれ以上の低下を許容できないために、病院での医師の労働投入量はもう増えない場合を想定できるということである。このケースを考慮すると、医師数を増やす政策の問題解消効果には疑問がある。単に医師過剰をもたらすだけという最悪のシナリオもあるということである。

もう一つの懸念は、医師数を増やす政策が医療の質の低下を招く可能性があるということである。医師数を増やす政策は実質賃金水準を低下させるため、それに伴って医師の社会的立場を低下させ、医師の職業としての魅力が失われるだろう。その結果、医療の質低下につながることは十分に想定できることである。医師数を増やす政策が行き過ぎれば、ロシアのように、医師免許を持っている人が医師をやるかタクシードライバーをやるかの選択をしなければならないような状況になるかもしれない。そういう状況を日本社会が望むのかどうかということは考えておかなければならない。経済モデルでは、資源配分の問題については明快な解答を与えてくれるが、それに伴う社会の価値観の変化や質の変化については何も教えてくれない。その部分は別途、議論を深めなければならないだろう。

これらのことを考えると、安直に医師数を増やす政策を実施することには賛成できない。現在の医師不足問題の解消のための第一の政策としては、医療サービス価格つまり診療報酬を段階的に引き上げて、医療サービス市場での需給バランスを取っていくことが求められる⁶。

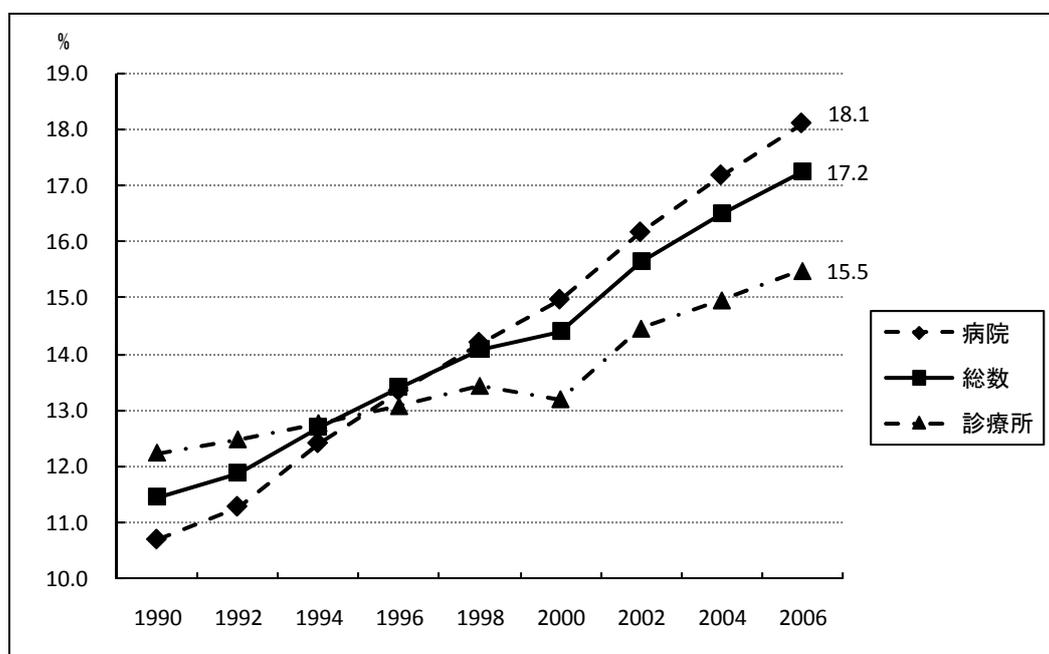
⁶ 医療サービス価格が上がると、患者のアクセスの社会的公正（公平性）に悪影響があるかもしれない。その点については、患者が直面する価格を調整することが必要になるかもしれない。つまり、負担率を変更したり、保険機能を強化したりすることが必要となるということである。いづれにしても、社会全体でどのようにコストを負担するのかという問題は残るだろう。

6. 女性医師増加の影響

女性医師の割合が年々高くなってきている。図 6-1 は、女性医師の割合の推移を医師総数、病院、診療所別に見たものである。いずれも年々、女性医師の割合が高くなってきていることが分かる。特に、病院における女性医師の割合の上昇が著しい。このことから容易に分かることであるが、若年医師においては女性医師が急速に伸び、男性医師は減少しているということになる。例えば、図 6-2 は 29 歳以下の医師における男女別の医師数の推移を示している。男性医師数の推移は明確な減少傾向を示し、逆に、女性医師数の推移は明確な増加傾向を示している。

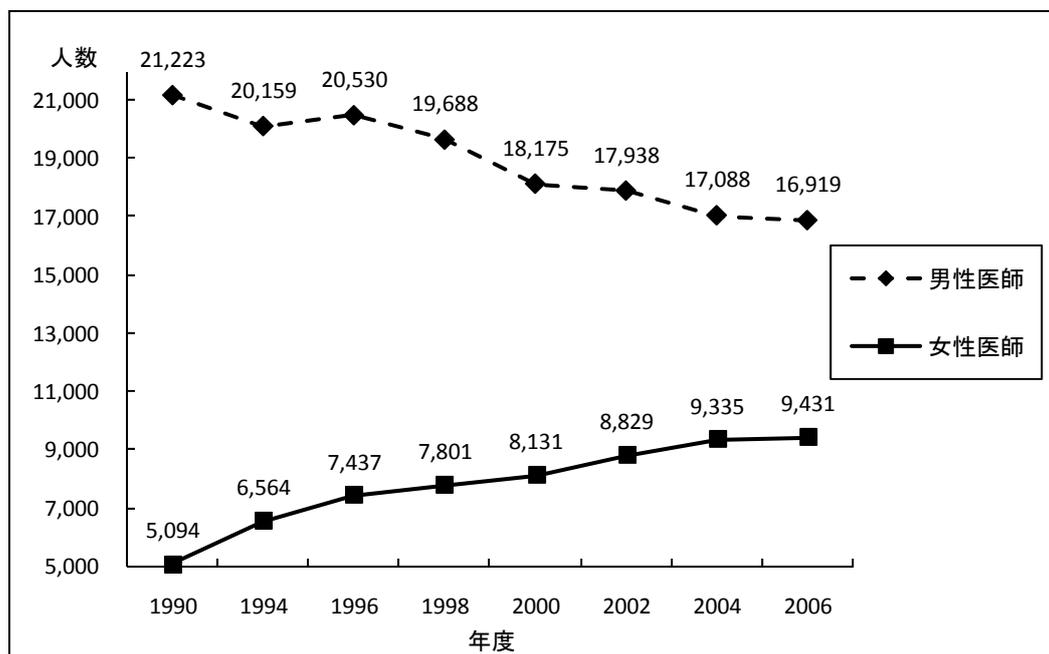
さて、女性医師の割合が増加していることが分かったが、このことはこれまで議論してきた問題にどのように関係するだろうか。一般的に言えば、女性医師には出産があり、男性医師に比べて、育児に時間を割かなければならない場合も多いだろう。また、平均的に見て、女性医師は男性医師に比べて労働供給量が小さいとも言われている。表 6-1 は、病院勤務医師の労働時間について、男女別・年齢階層別に平均値を比較したものである。概ね男性医師の方が女性医師よりも労働時間が長いことが分かる。

図 6-1. 女性医師の割合の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査，厚生労働省。

図 6-2. 29 歳以下の男女別の医師数の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査，厚生労働省。
注意：1992 年度のデータは欠損。

表 6-1. 病院勤務医師の労働時間

性別	年齢	平均値(時間/週)		
		滞在時間	従業時間	診療時間
男性	20～	74.9	57.4	51.3
	30～	68.4	52.2	44.5
	40～	64.5	49.6	40.3
	50～	58.7	43.7	31.9
	60～	50.0	35.4	22.6
	70～	41.0	30.1	21.6
	80～	31.4	18.8	14.6
女性	20～	68.8	52.2	47.8
	30～	61.1	47.8	41.4
	40～	56.7	44.6	37.5
	50～	52.5	41.6	32.4
	60～	46.6	35.3	27.4
	70～	39.5	31.4	22.4

資料：国立保健科学院タイムスタディ(医師の需給に関する検討会報告書，厚生労働省，2006 年)

女性医師の労働投入の程度が男性医師に比べて小さいとすると、女性医師の割合が高くなるにつれて、医師労働供給曲線は縮小する方向(左方向)へシフトすることになる。この点について、前節までと同様に、経済モデルで簡単に分析しておこう。

図 6-3. 女性医師の割合が上昇した時の労働市場の変化

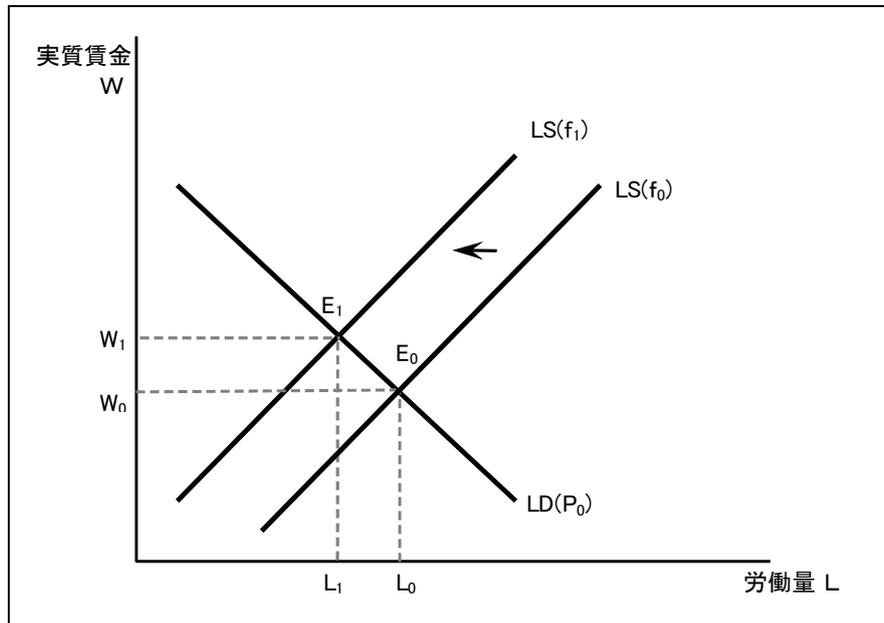


図 6-4. 女性医師の割合が上昇した時の医療サービス市場の変化

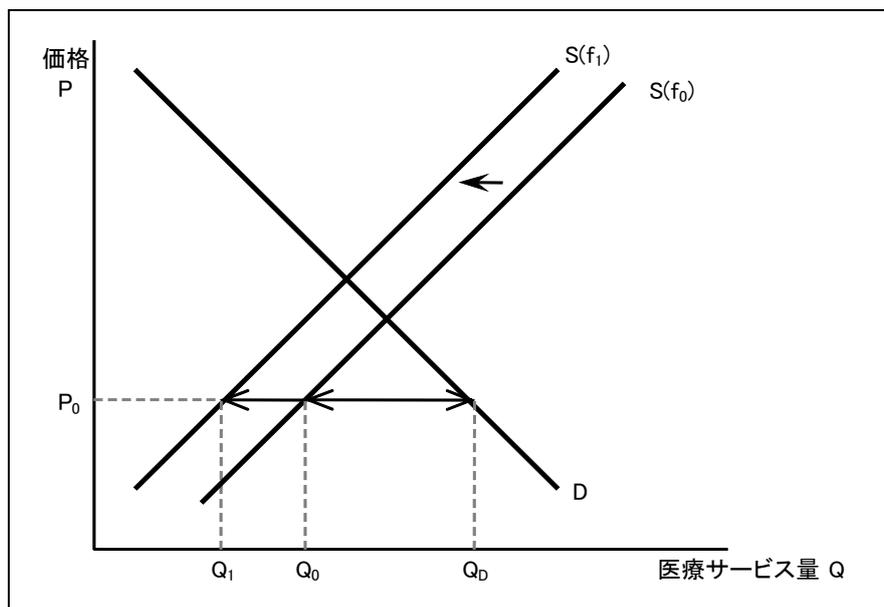


図 6-3 は、女性医師の割合が上昇した時の労働市場の変化を示している。女性医師の割合が f_0 から f_1 に上昇すると、同じ実質賃金水準に対する労働供給量が減少するため、医師労働供給曲線は左方向にシフトする。このとき、実質賃金水準は上昇し ($W_0 \rightarrow W_1$)、労働投入量は減少する ($L_0 \rightarrow L_1$)。さらに、図 6-4 は、このときの医療サービス市場の

変化を示している。労働投入量の減少に対応して、医療サービスの供給曲線も左方向にシフトする。医療サービス価格（診療報酬）は依然として低い水準で固定化されているため（ P_0 ）、医療サービスの需要超過・供給過少の大きさは $Q_D - Q_0$ から $Q_D - Q_1$ へと拡大する。

表 6-2. 診療科目別(主たる科目)の女性医師比率の変化動向

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	1996年からの 変化
内科	11.9	12.5	12.7	13.9	14.2	14.2	2.3
小児科	28.3	29.3	29.4	30.7	31.2	31.2	2.9
精神科	15.2	16.4	17.0	18.0	18.4	18.6	3.4
外科	2.5	2.8	3.5	4.1	4.8	4.8	2.2
整形外科	2.6	2.9	3.3	3.5	3.6	3.6	1.0
形成外科	14.8	15.9	17.4	19.5	20.6	22.0	7.2
美容外科	6.4	9.6	6.1	9.7	12.3	11.9	5.5
脳神経外科	2.6	3.2	3.3	3.6	3.7	3.8	1.1
産婦人科	15.1	16.7	17.8	20.6	21.7	23.0	7.9
婦人科	19.4	19.9	21.2	23.9	25.1	26.4	7.0
眼科	36.7	36.6	35.5	36.8	36.8	37.0	0.3
耳鼻咽喉科	16.7	17.3	16.7	18.1	18.3	18.6	1.9
皮膚科	31.6	32.9	33.8	36.1	38.0	39.1	7.5
泌尿器科	2.0	2.3	2.7	3.1	3.2	3.6	1.6
リハビリ テーション科 (理学診療科)	16.0	17.0	15.9	17.6	17.3	17.1	1.0
放射線科	15.3	16.5	17.1	17.7	18.4	19.2	3.9
麻酔科	24.0	25.0	26.7	28.0	29.1	29.7	5.7
病理	欠損	欠損	欠損	欠損	欠損	18.8	欠損
救命救急	欠損	欠損	欠損	欠損	欠損	8.5	欠損

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査，厚生労働省。

注意：内科は、内科、心療内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、アレルギー科、リウマチ科、神経内科。外科は、外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科。産婦人科は、産婦人科、産科。精神科は、精神科、神経科。耳鼻咽喉科は、耳鼻いんこう科、気管食道科。泌尿器科は、泌尿器科、性病科、こう門科。

必ずしも女性医師の割合が増加したことが原因とは言えないが、特定診療科では人気なくなっていることもあって、モデルで説明したような労働供給曲線が左にシフトするような現象が起きていると考えられる（表 6-2 は参考）。例えば、産婦人科や麻酔科などで、これまでにはなかったような破格の高い給与水準が提示されて医師募集が行われたというニュースが話題になったことがある。しかし、それでも十分な医師が確保できていないという。これは、まさにこのモデルで示したようなことが起きているのではないか。例えば、三重県では、診療所の産婦人科医を破格の年棒約 5,000 万で募集し、1 人の医師を雇ったが、1 人の医師では明らかに医療サービス供給不足に陥った。医療

サービス市場の需要を考慮すれば、2,500 万円で 2 人を雇えるような状況にはなく、本来は 5,000 万円で 2 人の医師を雇うことが必要であったのだろう。しかし、医療サービス市場では価格が低いところで固定化されているために、医療機関側がそのような実質賃金水準を許容できなかったのである。

医師労働供給曲線が縮小方向（左方向）にシフトしている場合でも、医療サービス市場の価格水準を引き上げていけば、いくらかは問題を緩和できるはずである。しかし、この場合、医療サービス市場で需給バランスを取るためには、これまで以上の大幅な医療サービス価格（診療報酬）の引き上げが必要になってしまう。そのため、労働供給曲線の左方向へのシフトを緩和させる方策が必要になる。つまり、女性医師が増えたことによって減退した労働供給量を緩和させるだけ、医師数を増加させたり、労働供給しやすい労働環境を整備したり（女性医師が労働しやすい環境整備ということも含む）といった政策が求められるのである。もちろん、この場合でも、言うまでもなく医療サービス価格（診療報酬）を引き上げる政策は必須である。その論理はすでに示したとおりである。

7. 特定診療科目での医師不足

表 7-1 は、診療科目別（主たる科目）の医療施設従事医師数の変化動向を示している。外科と産婦人科の医師数の減少が深刻である。こうした診療科目では、前節の女性医師の割合上昇の分析のところで説明したのと同じ現象が起きていると考えることができる。これらの診療科目では、医療サービス価格（診療報酬）を引き上げることに加えて、いかに医師を確保するのかということが問われなければならない。つまり、それらの診療科目選択のインセンティブを与える方策（診療報酬の引き上げ、労働環境の改善）に加えて、医師確保のための育成計画が求められるだろう。

表 7-1. 診療科目別(主たる科目)の医療施設従事医師数の変化動向

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	1996年 からの 変化
内科	93,894	96,064	98,561	100,546	101,743	99,842	5,948
小児科	13,781	13,989	14,156	14,481	14,677	14,700	919
精神科	10,694	11,081	11,585	12,218	12,601	12,829	2,135
外科	28,245	28,488	28,361	28,027	27,664	26,075	-2,170
整形外科	16,423	17,229	17,952	18,572	18,771	18,870	2,447
形成外科	1,307	1,399	1,551	1,650	1,765	1,909	602
美容外科	156	167	212	290	342	394	238
脳神経外科	5,634	5,871	6,050	6,241	6,287	6,241	607
産婦人科	11,264	11,269	11,059	11,034	10,594	10,074	-1,190
婦人科	1,158	1,188	1,361	1,366	1,562	1,709	551
眼科	10,982	11,408	12,060	12,448	12,452	12,362	1,380
耳鼻咽喉科	8,851	8,972	9,167	9,191	9,116	8,931	80
皮膚科	6,796	7,072	7,360	7,628	7,780	7,845	1,049
泌尿器科	5,594	5,835	6,105	6,322	6,447	6,532	938
リハビリ テーション科 (理学診療科)	904	1,125	1,273	1,456	1,696	1,855	951
放射線科	4,192	4,445	4,507	4,710	4,780	4,883	691
麻酔科	5,046	5,585	5,751	6,087	6,397	6,209	1,163
病理	欠損	欠損	欠損	欠損	欠損	1,297	欠損
救命救急	欠損	欠損	欠損	欠損	欠損	1,698	欠損

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査，厚生労働省。

注意：内科は、内科、心療内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、アレルギー科、リウマチ科、神経内科。外科は、外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科。産婦人科は、産婦人科、産科。精神科は、精神科、神経科。耳鼻咽喉科は、耳鼻いんこう科、気管食道科。泌尿器科は、泌尿器科、性病科、こう門科。

8. 医師不足問題に対して取るべき政策とは？

まず、問題の認識として、医師不足問題は医師が総数として不足しているというよりは、医療サービスの価格である診療報酬が低い水準で固定化されているために、医師労働投入量が小さくなってしまっている状態と捉えるべきである。結果、特に投入量が小さくなっている領域で深刻な問題として報告されるようになっているのである。

したがって、医師不足問題を解決するためには、価格調整を政策の第一オプションとして考えるべきである。つまり、医師不足と言われるほどに医療サービスの供給不足が起きているとすれば、供給不足を解消するように医療サービス価格（診療報酬）を段階的に引き上げる政策が第一に必要なというわけである。この背後には、医師の実質

賃金水準は診療報酬とは異なり、固定価格制ではなく、市場の需給状態を反映して柔軟に決定されるからである。そこで留意しなければならないのは、医師の実質賃金水準を決めるのは医師労働供給曲線と医師労働需要曲線であるが、医師労働需要曲線は医療サービス価格（診療報酬）の水準に大きな影響を受けるということである。したがって、医師労働市場で需給均衡が実現しているとしても、医療サービス市場での価格である診療報酬が低い水準で固定化されていれば、医師労働市場で決まった労働投入量は医療サービス市場の視点で見れば、過少な状態になっているということである。この問題の基本構造を理解すれば、医師数を増やすということではなく、医療サービス市場での価格である診療報酬を引き上げることが第一に検討されなければならない。

他方、医師数を増加させる政策は問題を解決する方向に動くものの、医師の実質賃金水準を引き下げる。実質賃金水準の引き下げを伴う政策では、十分に労働投入量が増えるかどうかには疑問があり、問題が解消するまでの効果が得られるかどうかには疑問が残る。さらに、医師という職業の社会的価値を引き下げるというリスクもある。この点から、医師数を増やすことによって、見かけ上の医師不足問題を解決しようとするときには慎重にならなければならない。換言すれば、医師数が不足しているのか、医師労働投入量が小さくなっているのかを区別しなければならない。医師労働投入量が小さくなっているとき、医師数を増やしても、自動的に医師労働投入量が増えるわけではないということに留意しなければならない。

しかし、すでに指摘したように、女性医師の割合が増えていることや、特定の診療科目を専門として選択する医師が減少していることに対しては、医師数を確保することで対応しなければならない部分もあるだろう。つまり、医師労働供給曲線自体が縮小の方向にシフトしてしまっている部分については、相殺するように増加の方向にシフトさせておかなければならないということである。さらに、医師が同時に複数人いなければならない場面もあるということには留意しなければならない。例えば、産婦人科や外科では分娩時や手術時に、複数人の医師がいることが求められるだろう。また、医師労働供給が縮小したまま、診療報酬の引き上げだけで問題に対応するには、かなりの診療報酬の上げ幅を必要とすることになるため、その実現が困難である可能性が高いからでもある。

したがって、医師不足問題に対する政策としては、医療サービス価格である診療報酬の段階的な引き上げ(特定領域についての診療報酬の引き上げもあり得る)を第一とし、医師数を増やす政策はすでに述べたような文脈での補完的なものとする。医師数を増やす政策は総数を増やすのではなく、特定診療科目や特定地域など医師不足問題が深刻な領域での増加策を考えるべきだろう。特定領域で医師数を増やすためには、経済的なインセンティブを与えたり、労働環境の改善などのインセンティブを与えることも重要になるだろう。いずれにしても、診療報酬引き上げによる誘引だけでは不十分な領域を補う政策も必要になる。

9. 結論

本論文は、医師不足問題の解消のためには、どんな政策が必要なのかについて簡単な経済モデルを使ってマクロ的に議論した。単純明快に言えば、医療サービス価格(診療報酬)の段階的引き上げが第一に必要な政策であるということだ。医師数を増やす政策を実施するとしても、その効果を引き出すためには、医療サービス価格を引き上げる政策がなければならない。医療サービス価格(診療報酬)を引き上げる政策なしに、医師数を増やす政策だけを実施することには、慎重にならなければならない。結論は以下の3点に集約される。

1. 医師不足問題に見えている現象の大部分は、医療サービス市場における需要超過・供給不足のことであり、医療サービス価格(診療報酬)が低い水準で固定化されていることが本質的な問題である。したがって、診療報酬を段階的に引き上げることを第一の政策とするべきである。
2. 医師数を増やす政策は、将来の需要動向とは無関係に、実質賃金を引き下げる効果を持つ。そのため、医療サービス市場における需要超過・供給不足の問題を解消する効果には疑問がある。さらに、実質賃金を引き下げ、医師過剰を招くだけの可能性があり、医師の社会的立場低下を通じて、医療の質が悪化してしまう懸念もある。したがって、医師数を増やす政策の実施には慎重になるべきである。

3. 女性医師の増加、特定診療科での医師数減少に対しては、医師を確保する対策が必要となるだろう。特定領域における診療報酬の引き上げ、労働環境の改善、具体的な医師育成・確保の計画が求められるだろう。