

2022年5月13日

日医総研リサーチ・レポート No.126

医師養成数増加後の医師数の変化について

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子

1. 「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」を元に、医師養成数増加に転じた後の2010年から2020年にかけての変化を中心に、医師数の推移を概観した。
2. 長期的には、増加した医師数のほとんどは病院で増えた。診療所医師への参入は伸び悩んでいる。
3. 診療所診療科別では、地域包括ケアシステムの中で中心的な役割を担うことが多いと推察される内科系の医師が増えていない。一方で、美容外科は絶対数は少ないものの、顕著な伸びを示している。
4. 各大学が医学部定員に診療科別地域枠を設定したり、厚生労働省が診療科別必要医師数を推計したりしている。しかし、診療科の偏在解消以前に、現状は、保険外の自由診療の診療科に従事する医師の流出を防ぎきれてない。
5. 国は、かかりつけ医の推進を進めている。しかし、かかりつけ医機能を担うそもそもの医師が増えていない。かかりつけ医機能の評価を高めることや、地域によっては中小病院がその機能を担う必要がある。
6. 地域別偏在については、医師遍在指標が全国平均を下回る県で、医師確保が難航している県がある。地域医療構想における病床の適正化と医師確保計画との整合性がとれていない地域もある。
7. 医師が都道府県をまたいで兼業していることが、あらためて明らかになった。しかし、兼業の詳細は公表されたデータには収載されていない（調査は実施されている）。兼業の状況は医師の働き方改革に与える影響が大きいことから、厚生労働省が詳細データを追加して公開することを期待したい。

目 次

はじめに	1
1. 「医師・歯科医師・薬剤師統計」について	2
1.1. 医師届出の根拠.....	2
1.2. 医師届出票の変遷.....	3
1.3. 用語の定義.....	3
2. 医師数の変化	4
2.1. 医師養成数.....	4
2.2. 病院・診療所別.....	7
2.3. 診療科別.....	11
2.4. 都道府県別.....	21
2.4.1. 人口10万対医師数	21
2.4.2. 都道府県別診療所診療科別	23
2.4.3. 医師少数県・医師多数県	26
2.5. 医師の移動.....	31
まとめ	35
（参考）歯科医師数・薬剤師数	37

はじめに

医学部入学定員は 1980 年代以降抑制されていたが、2009 年に増員に転じ、2015 年 4 月には 2009 年の入学生が医師になった。

本稿は「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」※（以下、文中では単に「医師・歯科医師・薬剤師統計」という）を元に、2010 年から 2020 年にかけての変化を中心に、医師数の推移を示したものである。

※2016 年までは、統計法における一般統計調査である「医師・歯科医師・薬剤師調査」として実施され、2018 年以降、行政記録情報を利用して作成する「医師・歯科医師・薬剤師統計」になった。2 年毎に行われる。

1. 「医師・歯科医師・薬剤師統計」について

1.1. 医師届出の根拠

「医師・歯科医師・薬剤師統計」は、医師届出票を集計したものである。医師届出票は医師法に定められた医師の義務である。医師届出票は、通常は保健所から医療機関等に届けられる。医療機関等に所属しない医師は、自らが保健所で届出票を受け取るか、ホームページからダウンロードして提出しなければならない。しかし、無職等の医師には届出漏れもあり、「医師・歯科医師・薬剤師統計」を、出産・育児・介護・疾病等でいったん退職した医師^{*}、高齢で退職した医師、医療以外の産業に従事する医師等の捕捉には限界がある。

※休職して医療機関等に在籍中であれば、医療機関等から連絡があることもある。

医師法（抄）（下線は筆者）

第六条 免許は、医師国家試験に合格した者の申請により、医籍に登録することによつて行ふ。

3 医師は、厚生労働省令で定める二年ごとの年の十二月三十一日現在における氏名、住所（医業に従事する者については、更にその場所）その他厚生労働省令で定める事項を、当該年の翌年一月十五日までに、その住所地の都道府県知事を経由して厚生労働大臣に届け出なければならない。

第三十三条の二 次の各号のいずれかに該当する者は、**五十万円以下の罰金**に処する。

一 第六条第三項、（中略）規定に違反した者

医師法上、医師届出を行っていないと罰金に処される。また、厚生労働省の「医師等資格確認検索」ホームページ¹で検索しても名前が出てこない。このホームページは誰でも検索できるので、ここに名前がないといわゆる「ニセ医師」と勘繰られかねない。

¹ 医師等資格確認検索 https://licenseif.mhlw.go.jp/search_isei/

1.2. 医師届出票の変遷

医師届出票の調査項目は必要に応じて変更される。最近では、主たる勤務先および従たる勤務先（兼業先）の勤務状況等について詳細化されている。

調査年	主な変更点
2018年	<ul style="list-style-type: none">・主たる従事先・従たる従事先それぞれについて勤務日数（日／週）、宿直・日直回数（日／週）を追加。・従たる従事先の件数を追加。・医学課程を修めた国を追加（英国、オーストラリア、韓国、中国、ハンガリー、ブラジル、英国、ルーマニア、その他から選択）・出身地を追加（都道府県を記入または「外国」を選択）
2020年	<ul style="list-style-type: none">・勤務日数について12月1日～7日の日数を選択する方法に変更（0.5日刻み）・宿直・日直回数について11月の回数を選択する方法に変更（1回刻み）・地域枠等について従事要件の有無（要件有の場合は要件となる従事年数および場所を記入）、奨学金貸与元（都道府県、大学、その他、なしから選択）、選抜方式（別枠方式、手挙げ方式から選択）を追加

1.3. 用語の定義

- ・医療施設従事医師：病院および診療所の従事者[※]。医育機関の臨床系以外の大学院生および勤務者（教官、教員等）は含まない。基本的に臨床研修医を含むが、臨床研修医は診療科が決まっていないので、各診療科別医師数には含まない。
- ・介護施設従事医師：介護老人保健施設および介護医療院の従事者[※]。

※従事者：開設者又は法人の代表者、勤務者である医師。

2. 医師数の変化

2.1. 医師養成数

1970年、厚生省（当時）は、人口10万人対医師数を1985年までに最小限150人確保することを目標とし、1973年（第二次田中内閣）の「経済社会基本計画」²に、いわゆる一県一医大構想が盛り込まれた（1979年に琉球大学に医学部が設置されて完成）。

その後、1982（昭和57）年の「今後における行政改革の具体化方策について」³で「医師について、全体として過剰を招かないように配置し、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検討を進めること」が決定され、医師数抑制がはじまっていく。

2002年に多数の医師の名義貸しが発覚した⁴。また、2004年に導入された新医師臨床研修制度の下で、初期研修医が大学病院以外の病院を選ぶケースが増え、大学病院が地域の医療機関への医師の派遣を中止したため、医師の偏在が深刻化するとともに、医師不足が顕在化した。

² 1973年2月13日「経済社会基本計画―活力ある福祉社会のために―」を経済運営の指針とすることを閣議決定。「医科大学については、計画期間中（筆者注：1977年）に医科大学（医学部）のない県を目途として整備を進める。」

「日本社会保障資料IV(1980-2000) 社会福祉関係 1980年以前 67」国立社会保障・人口問題研究所
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/shiryo.html>

³ 「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）」1982年9月24日閣議決定
「医療従事者については、将来の需給バランスを見通しつつ養成計画の適正化に努める。特に医師及び歯科医師については、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。」

「日本社会保障資料IV(1980-2000) 総論 4」
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/shiryo.html>

⁴ 文部科学省が2003年9月に全国79大学73,562人を対象に調査を行なったところ、2002年4月から2003年9月までの間に、51大学で延べ1,161人が名義貸しを行っていたことが判明。

2004年4月5日参議院決算委員会 河村建夫文部科学大臣（当時）の答弁
<http://kokkai.ndl.go.jp/SENTAKU/sangiin/159/0015/main.html>

こうしたことから、2006年以降暫定的な医師養成数の増加が図られた後⁵、2008年の「安心と希望の医療確保ビジョン」⁶で「従来の閣議決定に代えて、医師養成数を増加」させることとされ、本格的に医師養成数増加に舵を切った。

「骨太の方針2008」を踏まえて、医学部入学定員は2008年の7,793人から2009年には8,486人になった。またその卒業生が出たことで、医師国家試験合格者は2014年3月の7,820人から、2015年3月には8,258人になった（図2.1.1）。

「経済財政改革の基本方針2008」（骨太の方針2008）⁷

早急に過去最大程度まで増員するとともに、さらに今後の必要な医師養成について検討する。

さらに、2016年には東北医科薬科大学医学部医学科（定員100人）、2017年には国家戦略特別区域の成田市において、国際医療福祉大学医学部医学科（定員140人うち留学生枠20人）が開設された。

2022年度の医学部入学定員は81大学9,374人であり、医師養成数増加前の2008年（7,793人）に比べて1,581人増加した（表2.1.1）⁸。

⁵ 2006年「新医師確保総合対策」、2007年「緊急医師確保対策」。

⁶ 厚生労働省「安心と希望の医療確保ビジョン」2008年6月18日
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0618-8a.pdf>

⁷ 「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～」(2008年6月27日閣議決定) p.25 <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizai/kakugi/080627kettei.pdf>

⁸ 文部科学省「大学別医学部入学定員一覧」

https://www.mext.go.jp/content/20211015-mxt_koutou02-000018356-04.pdf

図 2.1.1 医師養成数等の推移

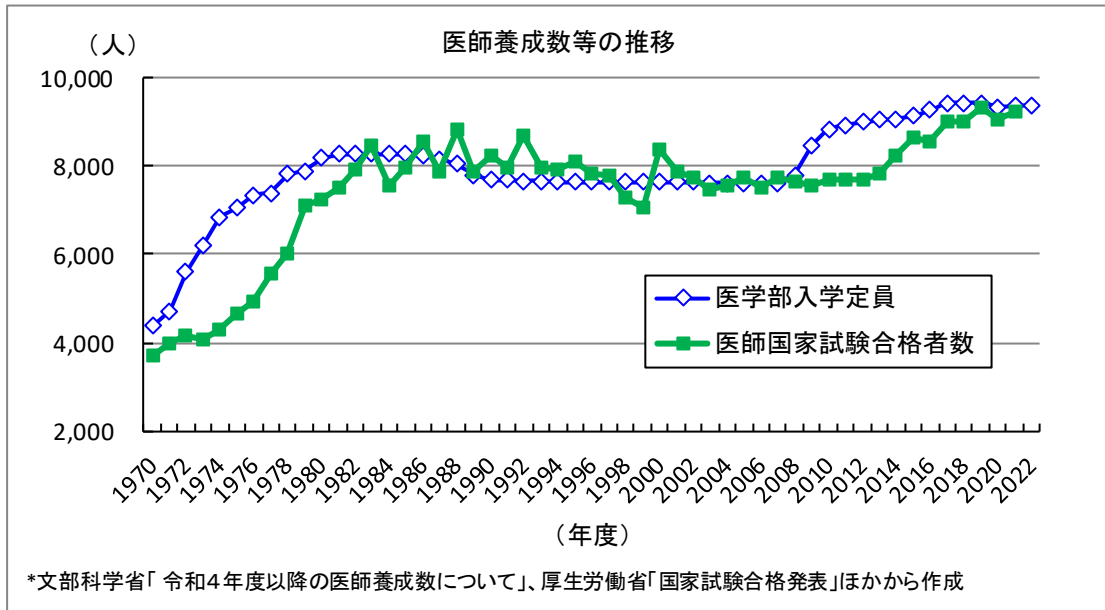


表 2.1.1 医学部入学定員の推移

(人)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
医学部定員	7,625	7,793	8,486	8,846	8,923	8,991	9,041	9,069
増加分	—	—	693	1,053	1,130	1,198	1,248	1,276

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
医学部定員	9,134	9,262	9,420	9,419	9,420	9,330	9,357	9,374
増加分	1,341	1,469	1,627	1,626	1,627	1,537	1,564	1,581

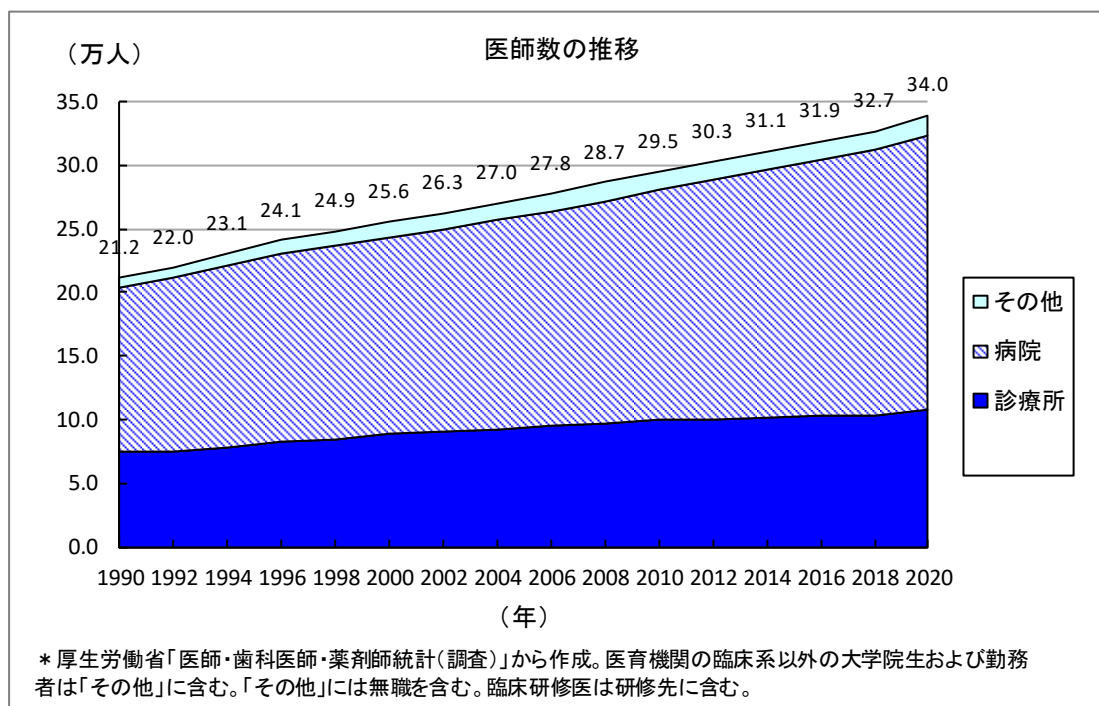
増加分は2008年を起点として計算

*出所:「令和4年度以降の医学部定員と地域枠について」2020年10月9日 地域医療構想アドバイザー会議資料
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000683719.pdf>

2.2. 病院・診療所別

長期にわたって、増加した医師のほとんどは病院で増えてきた（図 2.2.1）。

図 2.2.1 医師数の推移



2010年から2020年にかけて医師数は44,574人増加し、その8割は病院で増えている（図 2.2.2）。また35歳未満の医師数は2010年から2020年にかけての増加分のうち8割近くが市中病院（医育機関以外）で増加しており、それまでの傾向から大きく変化している（図 2.2.3）。

注) いずれも臨床研修医を含む。医育機関の臨床系以外の大学院生および医育機関の臨床系以外の勤務者は「その他」に含む。

図 2.2.2 医師数の変化（全年齢）

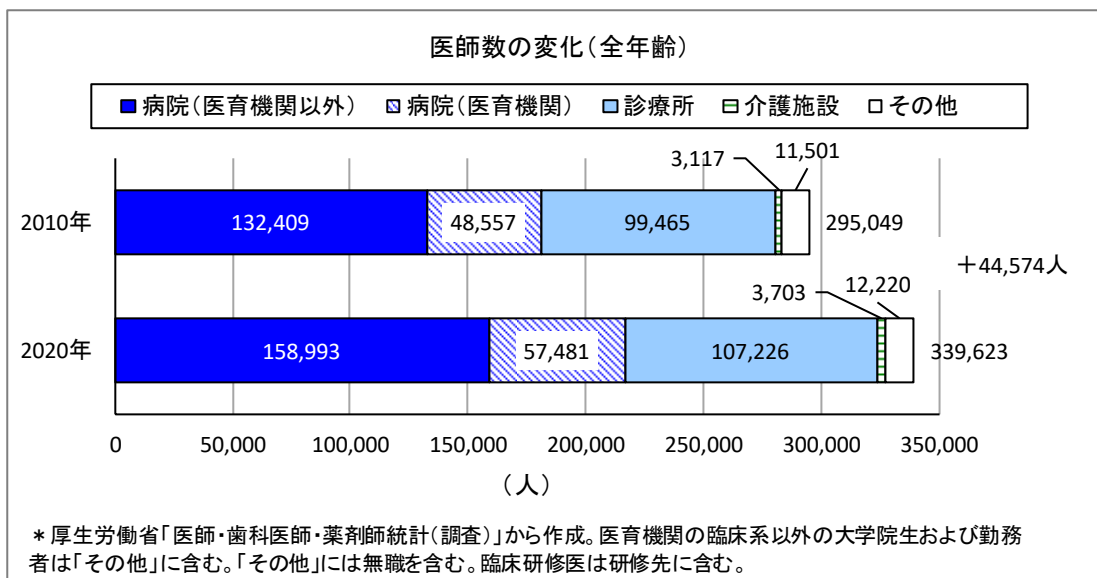
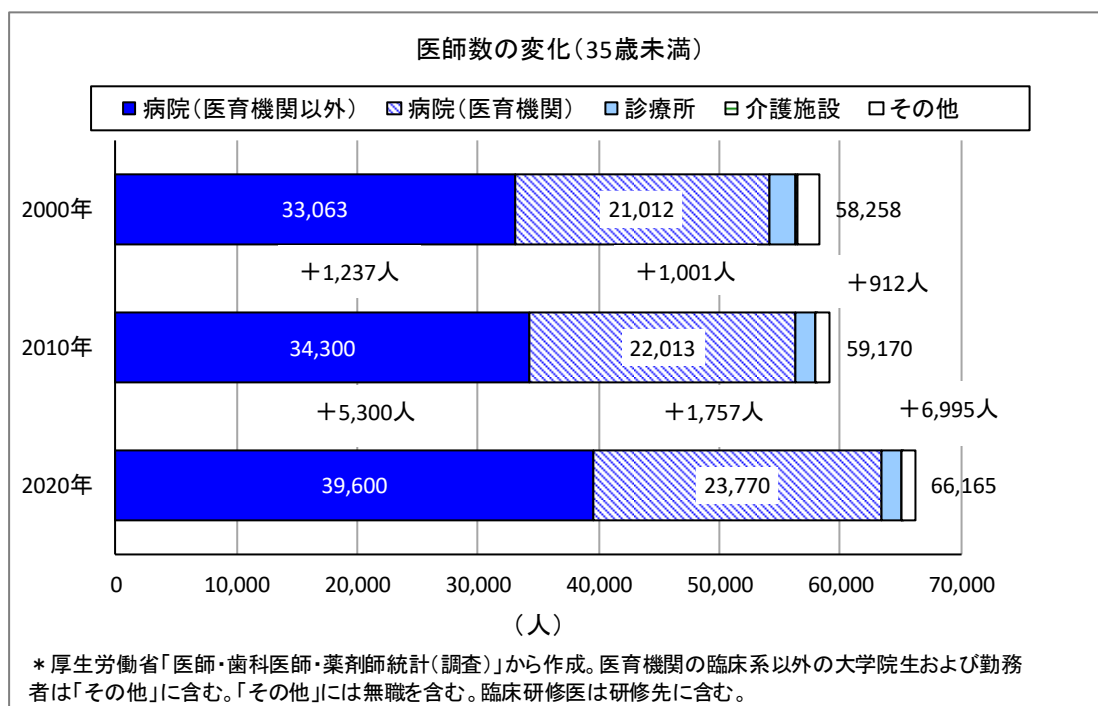


図 2.2.3 医師数の変化（35歳未満）



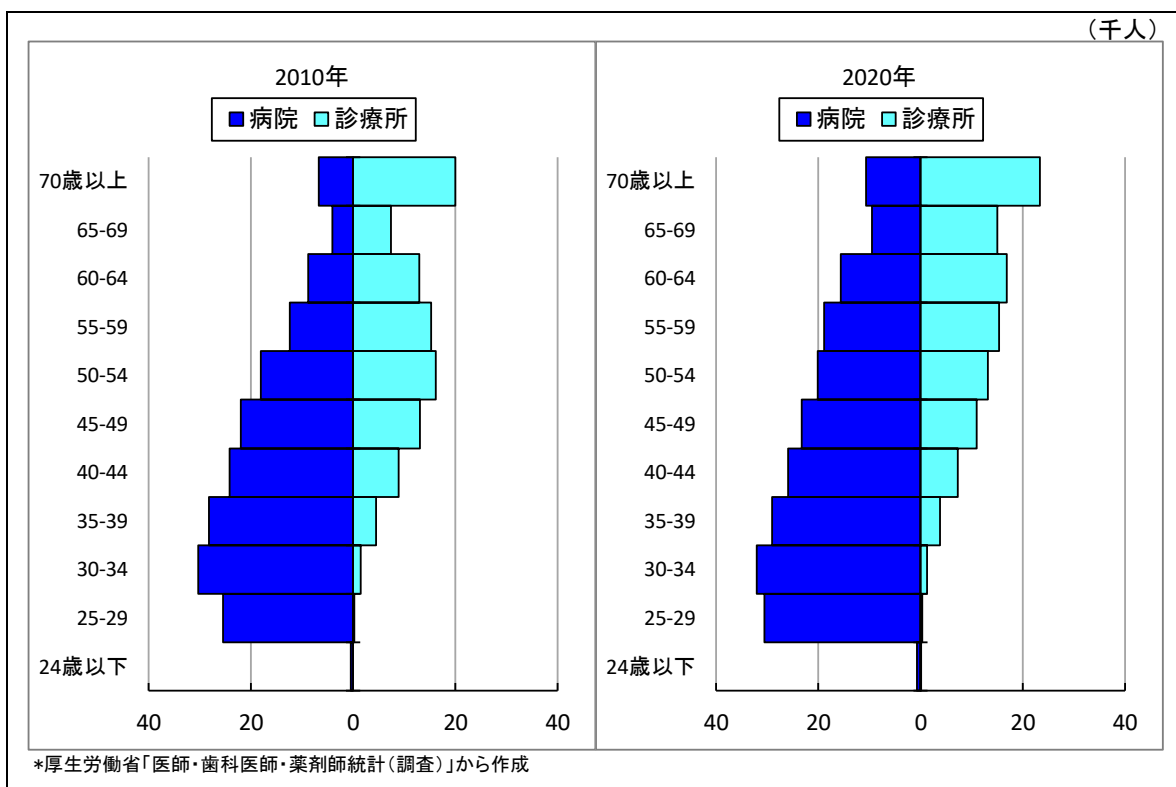
診療所医師は若干増加しただけで、2010年から2020年にかけてほぼそのまま年齢が上がった（図 2.2.4）。若手医師の診療所開業もあるが、病院医師数のパイから見ると少なく、診療所医師がリタイアする年齢が伸びている。

病院のほとんどを占める勤務医師は約2～3割が定年（定年年齢はさまざま）で退職しているようである。病院退職後に診療所を開業する医師もあるが少数である。今後、医師の高齢化も進む中、病院勤務医師の再就職先が注目される。

現在、かかりつけ医機能の強化が求められているが、主に診療所の医師が担うことを念頭に置いているのであれば※、病院医師から診療所医師への参入が少ない現実を認識する必要がある。

※) あくまで一般論として「主に」診療所医師。かかりつけ医かどうかは患者の判断によるので、病院・診療所にかかわらず、また診療科にもかかわらない。

図 2.2.4 年齢階級別医療施設従事医師数の変化



2.3. 診療科別

2010年から2020年にかけて、次のような変化があった(図 2.3.1, 図 2.3.2)。

- 内科、外科の医師が減少し、専門分化(〇〇内科、〇〇外科)が進んだ。特に若手医師(35歳未満)で内科の専門分化が進んでいる。この背景のひとつとして、医師が従事する医療機関自体で標榜科[※]が細分化していることが挙げられる。
- 若手医師で小児科が減少した。
- 全体では精神科が増加した。ただし、若手医師では減少しており、若いうちから精神科が選択されているわけではない。
- 若手医師は全年齢と比べて形成外科、美容外科が増加した。

※医療機関が広告できる診療科(標榜診療科)は医療法施行令および医療法施行規則に定められている。かつては内科、呼吸器科、消化器科といったものであったが(一例)、2008年に、内科や外科と、臓器や体の部位、症状および疾患の名称、患者の特性(性別や年齢を示す名称)、診療方法の名称とを組み合わせた標榜(呼吸器内科、消化器内科、糖尿病内科、血液内科など)も可能になった。

注) 診療科別医師数には臨床研修医を含まない。

主たる診療科は、複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科および1診療科のみに従事している場合の診療科。

図 2.3.1 診療科別医療施設従事医師数の変化（主たる診療科・全年齢）

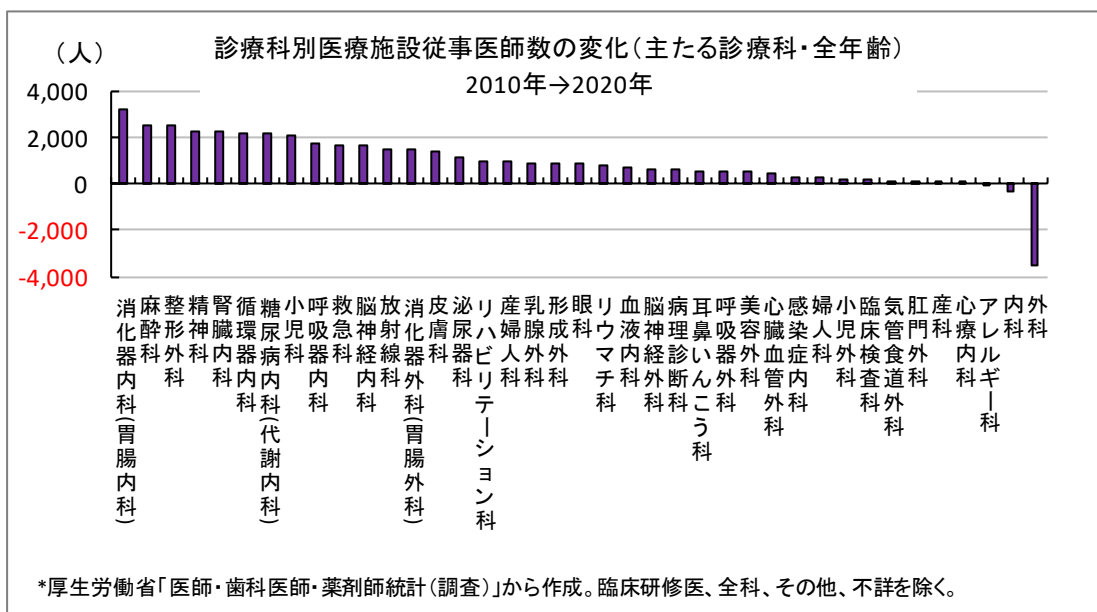
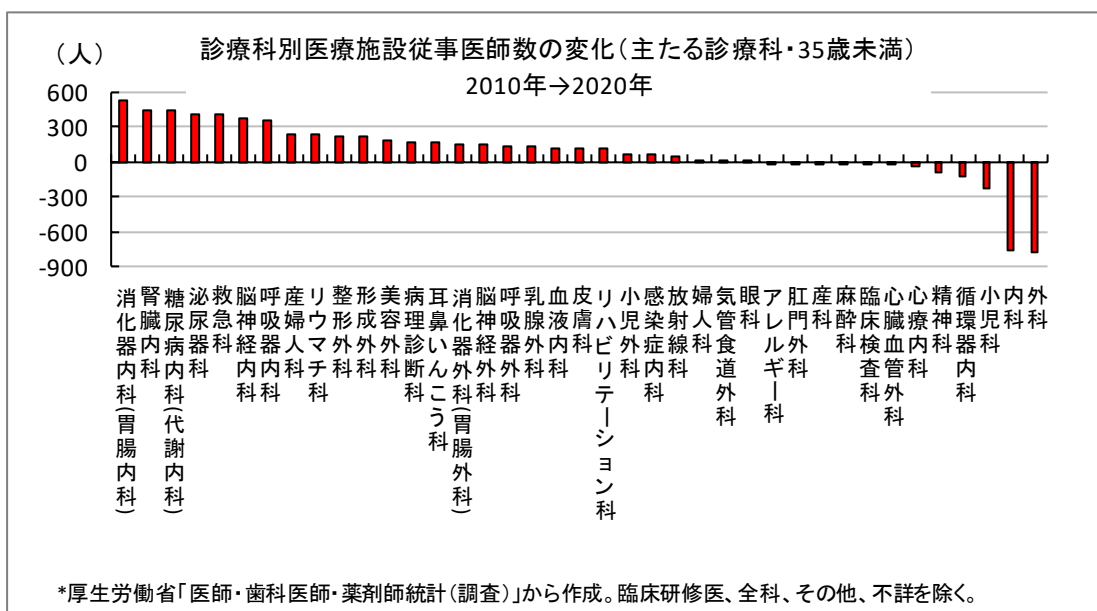


図 2.3.2 診療科別医療施設従事医師数の変化（主たる診療科・35歳未満）



病院・診療所別では、次のような変化があった。

病院医師は、2010年から2020年にかけて35,508人増加した(図 2.3.3)。

- 内科の専門分化が進み、消化器内科(胃腸内科)が2,950人増えた。
- 麻酔科が2,552人増加した[※]。フリーランスの麻酔科医の増加が指摘されてきたが、2019年度以降は麻酔科専門医の更新規定に「単一施設週3日以上」の専従要件がかかっている⁹。

診療所医師は、2010年から2020年にかけて7,761人増加した(図 2.3.4)。

- 医師数が増加した診療科は主に精神科、皮膚科、腎臓内科、糖尿病内科、眼科、整形外科、美容外科などである。
- 地域包括ケアシステムの中で中心的役割を果たすことが比較的多いと推察される内科の医師はそれほど増加していない。
- 診療所で産婦人科の医師が減少している。産婦人科有床診療所の減少を反映している。

※麻酔科医師は全年齢では増加しているが、若手医師(35歳未満)ではわずかに減少した(▲16人)。29歳以下で減少しており、麻酔科医師になる年齢が若干上がった可能性があることが示唆されている。

注) 診療科別医師数には臨床研修医を含まない。

主たる診療科は、複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科および1診療科のみに従事している場合の診療科。

⁹ 日本麻酔科学会教育委員会「日本麻酔科学会および日本専門医機構日本麻酔科学会教育委員会 認定制度について 日本麻酔科学会 2018-2019年度版」 https://anesth.or.jp/files/pdf/nintei_shiori.pdf

診療所の診療科別医師数について、あらためて長期推移を示すと、

- 内科系の医師は絶対数は多いが、その伸びは緩やかになっており（図 2.3.5）、診療所医師全体に占める割合は低下している。
- 外科は減少傾向がつづいている。
- 眼科、整形外科、皮膚科、精神科は大幅に増加している（図 2.3.6）。
- 小児科も小児人口が減少する中であって増加している。
- 産科・産婦人科（婦人科を含まない）は減少している。
- 美容外科は、絶対数としては少ないが、最近の増加が顕著である。過去には、若手医師が主たる診療科として美容外科を選択することはほとんどなかったが、2020 年は診療所の若手医師（35 歳未満）1,602 人のうち、美容外科が 245 人である（図 2.3.7）。

注) 診療科別医師数には臨床研修医を含まない。

主たる診療科は、複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科および1診療科のみに従事している場合の診療科。

図 2.3.5 診療所 診療科別医師数の推移（主たる診療科・内科系および外科系）

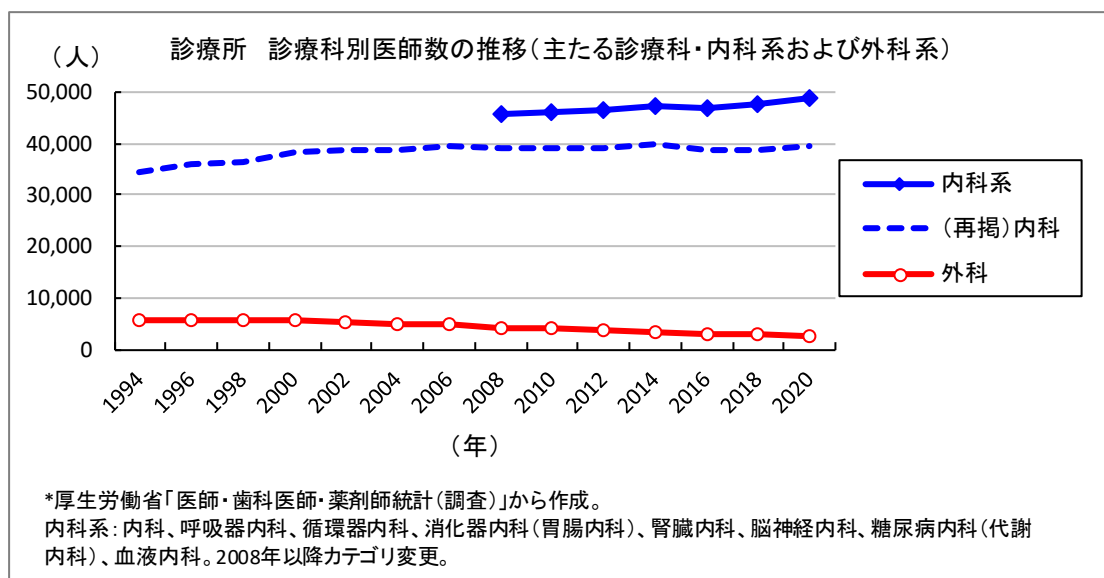


図 2.3.6 診療所 診療科別医師数の推移（主たる診療科・内科系および外科系以外）

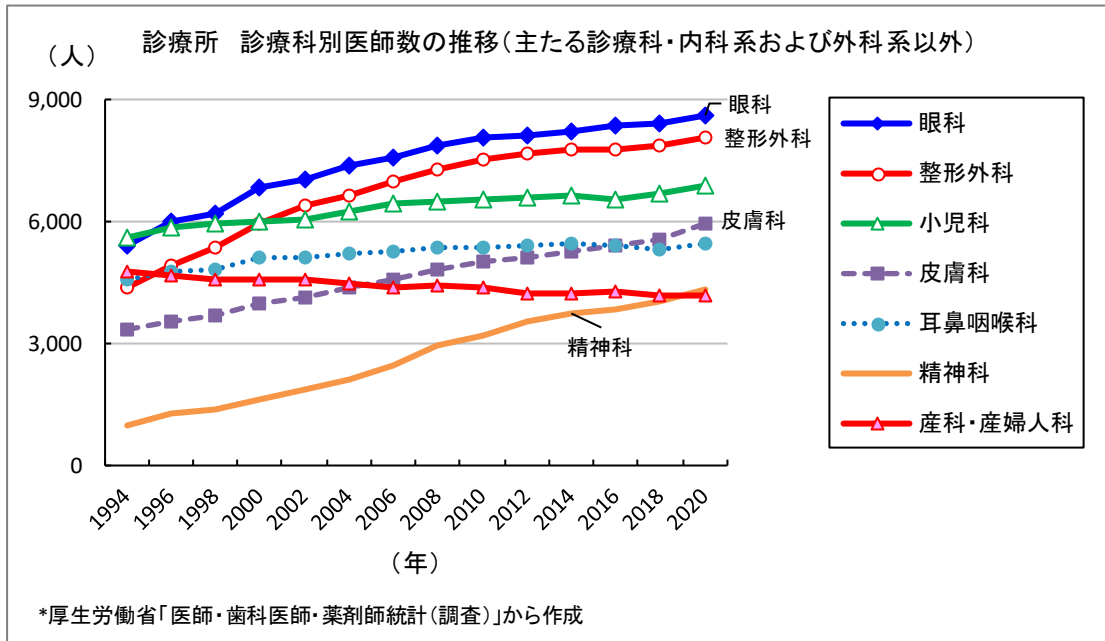
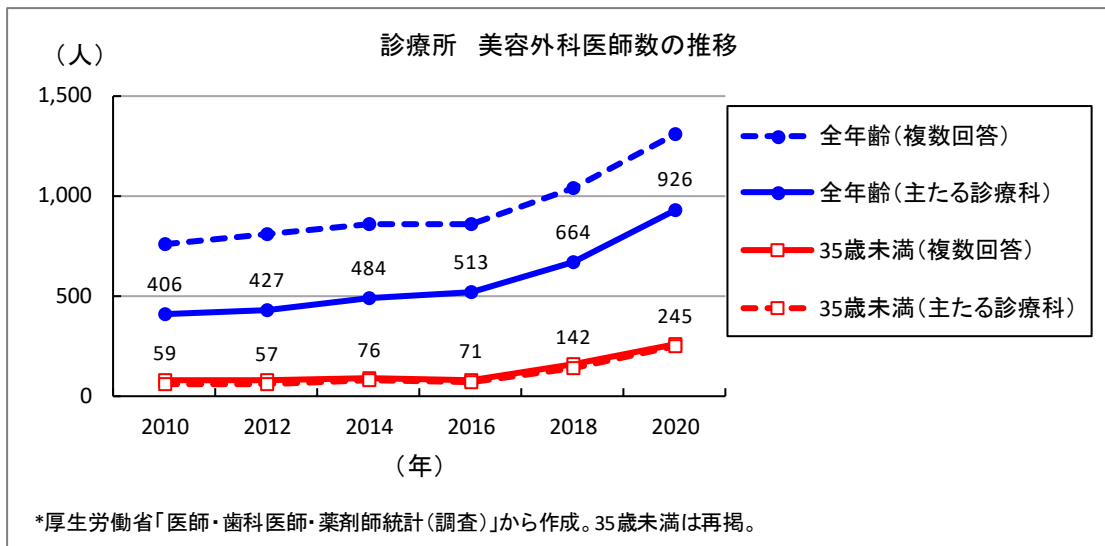


図 2.3.7 診療所 美容外科医師数の推移



医師届出票では、従事する診療科はいくつでも選択でき、複数選択した場合にはその中から主たる診療科をひとつ選ぶ。ここでは、主たる診療科以外の診療科を従たる診療科として示した（図 2.3.8, 図 2.3.9）。

2010年から2020年にかけて、次のようなことがいえる。

- 内科系では、主たる診療科として選択した医師は増加しているが、従たる診療科として選択した医師は横這いである。
- 小児科では従たる診療科として選択した医師が減少している。小児科の場合、主たる診療科が内科系の医師が小児科も選択するケースがあるが、そうしたケースが減少しているということである。

このように、全体的に複数の診療科を診療できる、いわば「二刀流」と言える医師が減少している。

注) 診療科別医師数には臨床研修医を含まない。

図 2.3.8 主な診療科別 医療施設従事医師数（2010年）

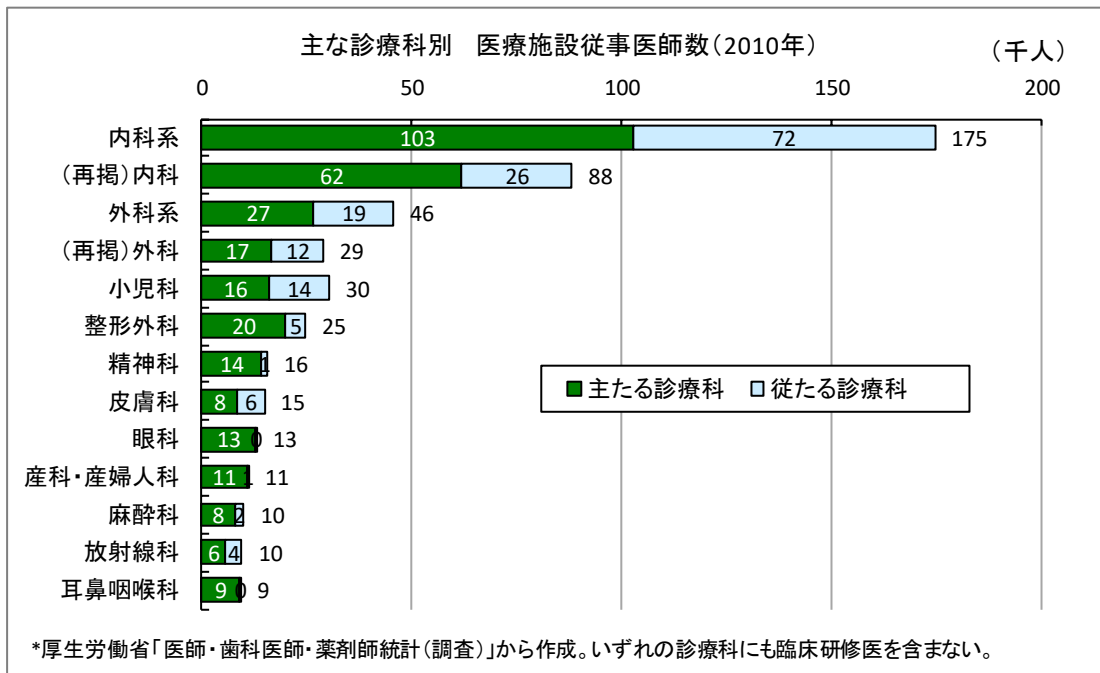


図 2.3.9 主な診療科別 医療施設従事医師数（2020年）

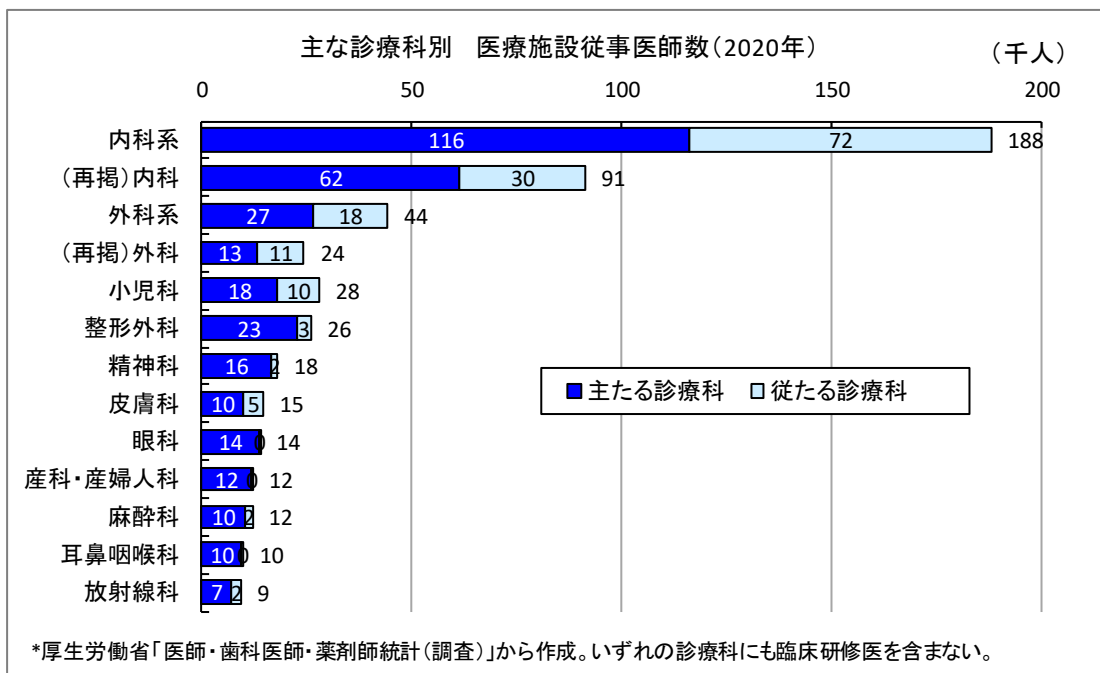


表 2.3.1 医療施設従事医師数（主たる診療科）

医療施設従事医師数(主たる診療科)

	医師数(人)			構成比(%)	
	2010	2020	増減	2010	2020
総数	280,431	323,700	43,269	100.0	100.0
内科 ①	61,878	61,514	▲ 364	22.1	19.0
呼吸器内科 ②	4,944	6,728	1,784	1.8	2.1
循環器内科 ③	10,829	13,026	2,197	3.9	4.0
消化器内科(胃腸内科) ④	12,188	15,432	3,244	4.3	4.8
腎臓内科 ⑤	3,085	5,360	2,275	1.1	1.7
脳神経内科 ⑥	4,094	5,758	1,664	1.5	1.8
糖尿病内科(代謝内科) ⑦	3,488	5,630	2,142	1.2	1.7
血液内科 ⑧	2,118	2,840	722	0.8	0.9
皮膚科	8,470	9,869	1,399	3.0	3.0
アレルギー科	209	169	▲ 40	0.1	0.1
リウマチ科	1,058	1,831	773	0.4	0.6
感染症内科	303	594	291	0.1	0.2
小児科	15,870	17,997	2,127	5.7	5.6
精神科	14,201	16,490	2,289	5.1	5.1
心療内科	856	885	29	0.3	0.3
外科	16,704	13,211	▲ 3,493	6.0	4.1
呼吸器外科	1,527	2,075	548	0.5	0.6
心臓血管外科	2,812	3,222	410	1.0	1.0
乳腺外科	1,266	2,173	907	0.5	0.7
気管食道外科	62	108	46	0.0	0.0
消化器外科(胃腸外科)	4,369	5,814	1,445	1.6	1.8
泌尿器科	6,514	7,685	1,171	2.3	2.4
肛門外科	417	456	39	0.1	0.1
脳神経外科	6,695	7,349	654	2.4	2.3
整形外科	19,975	22,520	2,545	7.1	7.0
形成外科	2,135	3,003	868	0.8	0.9
美容外科	427	942	515	0.2	0.3
眼科	12,797	13,639	842	4.6	4.2
耳鼻いんこう科	9,032	9,598	566	3.2	3.0
小児外科	663	887	224	0.2	0.3
産婦人科	10,227	11,219	992	3.6	3.5
産科	425	459	34	0.2	0.1
婦人科	1,717	1,995	278	0.6	0.6
リハビリテーション科	1,909	2,903	994	0.7	0.9
放射線科	5,597	7,112	1,515	2.0	2.2
麻酔科	7,721	10,277	2,556	2.8	3.2
病理診断科	1,515	2,120	605	0.5	0.7
臨床検査科	480	631	151	0.2	0.2
救急科	2,267	3,950	1,683	0.8	1.2
臨床研修医	14,552	18,310	3,758	5.2	5.7
全科	249	271	22	0.1	0.1
その他	3,473	4,705	1,232	1.2	1.5
主たる診療科不詳	919	1,299	380	0.3	0.4
不詳	394	1,644	1,250	0.1	0.5
内科系 ①～⑧	102,624	116,288	13,664	36.6	35.9

*厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」から作成

表 2.3.2 病院・診療所別医師数（主たる診療科）

病院・診療所別医師数（主たる診療科） (人)

	病院			診療所		
	2010	2020	増減	2010	2020	増減
総数	180,966	216,474	35,508	99,465	107,226	7,761
内科	22,656	21,950	▲ 706	39,222	39,564	342
呼吸器内科	4,465	6,025	1,560	479	703	224
循環器内科	8,991	10,891	1,900	1,838	2,135	297
消化器内科(胃腸内科)	8,876	11,826	2,950	3,312	3,606	294
腎臓内科	2,647	4,285	1,638	438	1,075	637
脳神経内科	3,721	5,169	1,448	373	589	216
糖尿病内科(代謝内科)	2,931	4,510	1,579	557	1,120	563
血液内科	2,104	2,808	704	14	32	18
皮膚科	3,454	3,918	464	5,016	5,951	935
アレルギー科	112	102	▲ 10	97	67	▲ 30
リウマチ科	900	1,624	724	158	207	49
感染症内科	281	570	289	22	24	2
小児科	9,308	11,088	1,780	6,562	6,909	347
精神科	10,963	12,163	1,200	3,238	4,327	1,089
心療内科	307	248	▲ 59	549	637	88
外科	12,723	10,547	▲ 2,176	3,981	2,664	▲ 1,317
呼吸器外科	1,510	2,053	543	17	22	5
心臓血管外科	2,755	3,106	351	57	116	59
乳腺外科	1,040	1,781	741	226	392	166
気管食道外科	56	104	48	6	4	▲ 2
消化器外科(胃腸外科)	4,073	5,586	1,513	296	228	▲ 68
泌尿器科	4,778	5,653	875	1,736	2,032	296
肛門外科	156	190	34	261	266	5
脳神経外科	5,642	6,214	572	1,053	1,135	82
整形外科	12,417	14,419	2,002	7,558	8,101	543
形成外科	1,767	2,368	601	368	635	267
美容外科	21	16	▲ 5	406	926	520
眼科	4,734	5,027	293	8,063	8,612	549
耳鼻いんこう科	3,626	4,118	492	5,406	5,480	74
小児外科	637	854	217	26	33	7
産婦人科	5,941	7,127	1,186	4,286	4,092	▲ 194
産科	308	367	59	117	92	▲ 25
婦人科	713	838	125	1,004	1,157	153
リハビリテーション科	1,780	2,742	962	129	161	32
放射線科	5,238	6,618	1,380	359	494	135
麻酔科	7,160	9,712	2,552	561	565	4
病理診断科	1,481	2,073	592	34	47	13
臨床検査科	476	624	148	4	7	3
救急科	2,259	3,917	1,658	8	33	25
臨床研修医	14,540	18,298	3,758	12	12	0
全科	124	138	14	125	133	8
その他	2,723	3,637	914	750	1,068	318
主たる診療科不詳	264	424	160	655	875	220
不詳	308	746	438	86	898	812

*厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」から作成

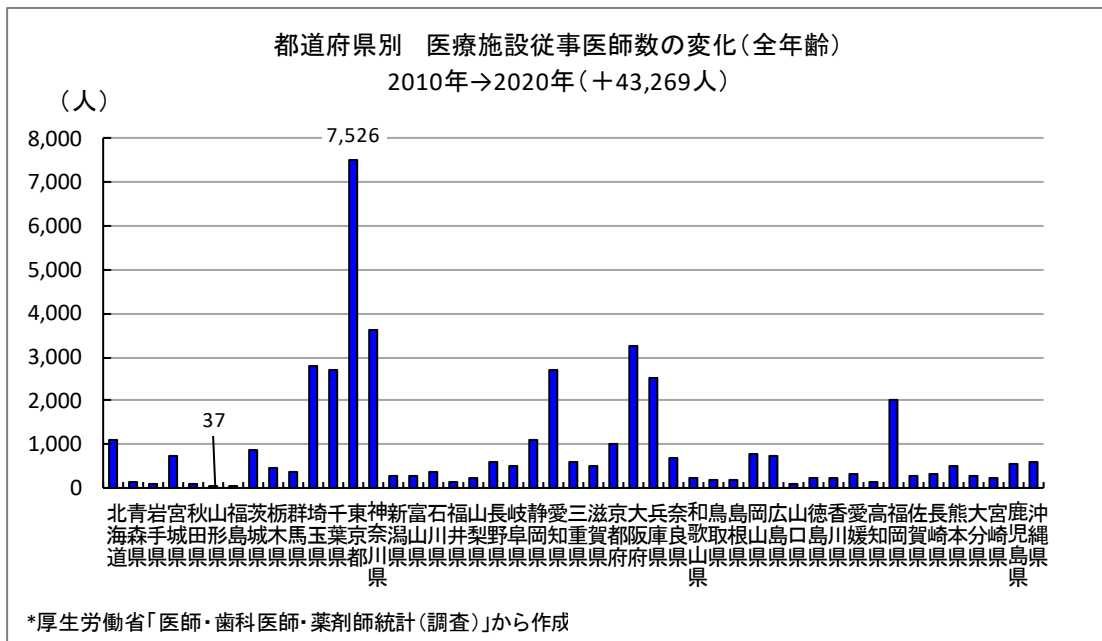
2.4. 都道府県別

2.4.1. 人口 10 万対医師数

医療施設従事医師数は 2010 年の 280,431 人から 2020 年には 323,700 人になり 43,269 人増加した。うち東京都で 7,526 人(17.4%)増加した(図 2.4.1)。東京都近県でも医師数が増加したが、人口も増加したので(図 2.4.3)、人口対 10 万対医師数は依然として少ない(図 2.4.2)。

人口 10 万対医療施設従事医師数は、すべての都道府県で増加した。東北地方では宮城県を除いて人口減も寄与したが、人口 10 万人対医師数はなお少ない(図 2.4.2)。

図 2.4.1 都道府県別 医療施設従事医師数の変化(全年齢)



注) 都道府県別医師数には臨床研修医を含む。

図 2.4.2 都道府県別 人口10万対医療施設従事医師数（全年齢）

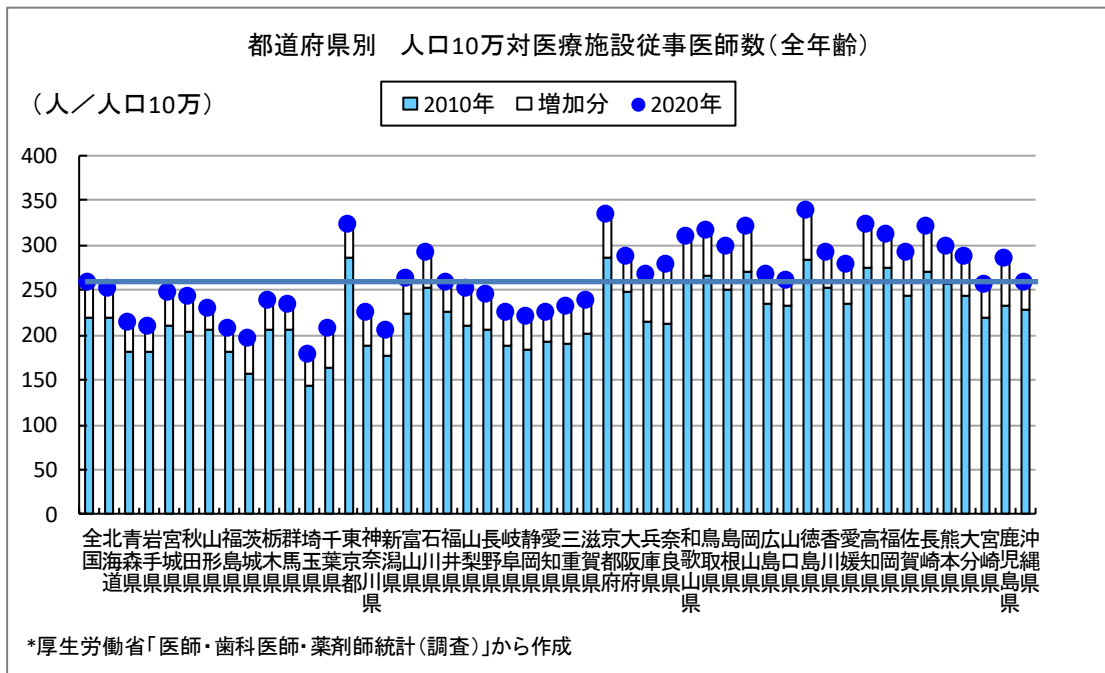
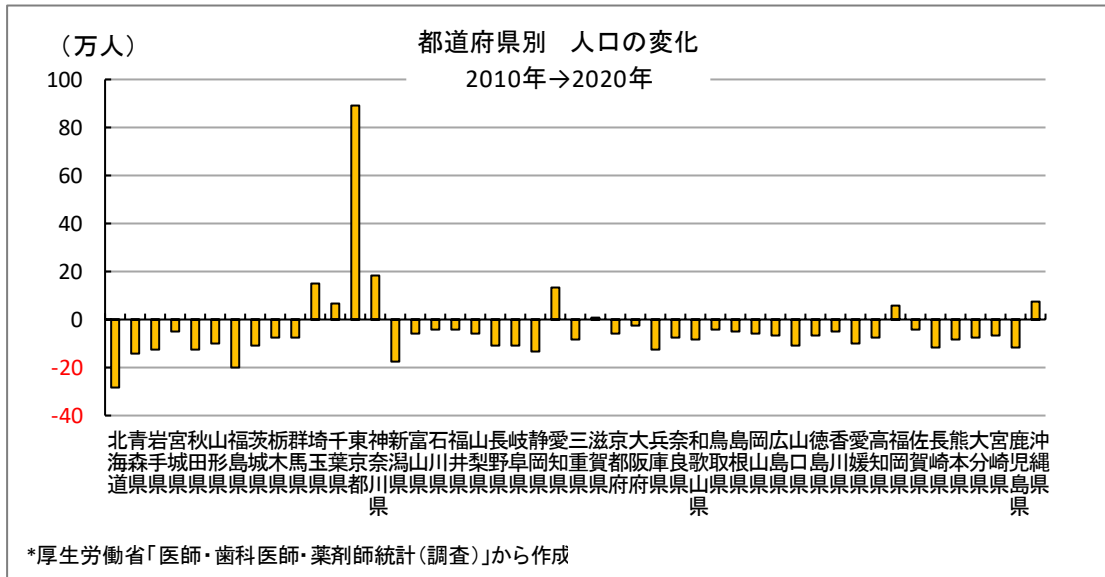


図 2.4.3 都道府県別 人口の変化

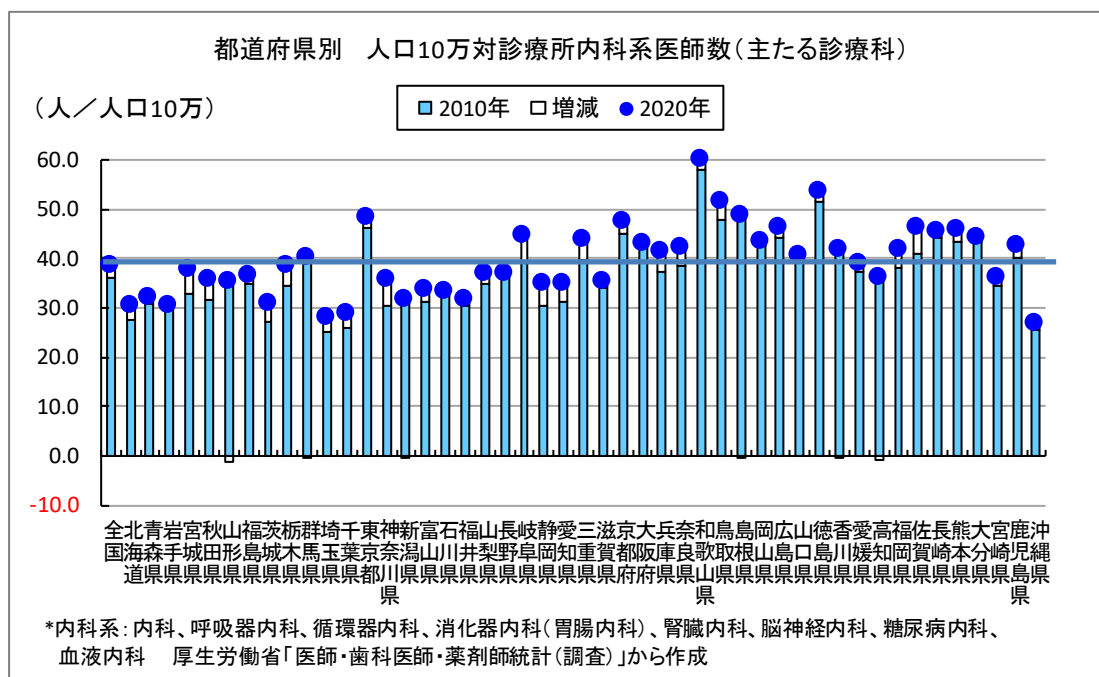


2.4.2. 都道府県別診療所診療科別

医師届出票で主たる診療科として選択された診療科について示す。以下、診療科別医師数には臨床研修医を含まない。なお、もともと診療所には臨床研修医は少なく、2020年は臨床研修医 18,310 人のうち診療所は 12 人である。

内科系では、2010年から2020年にかけて、人口10万対診療所医師は全国的に増えたが（減少した県もある）、依然としておおむね西高東低である（図2.4.4）。また、最大（和歌山県）と最小（沖縄県）の差は2.3倍である。

図 2.4.4 都道府県別 人口10万対診療所内科系医師数（主たる診療科）

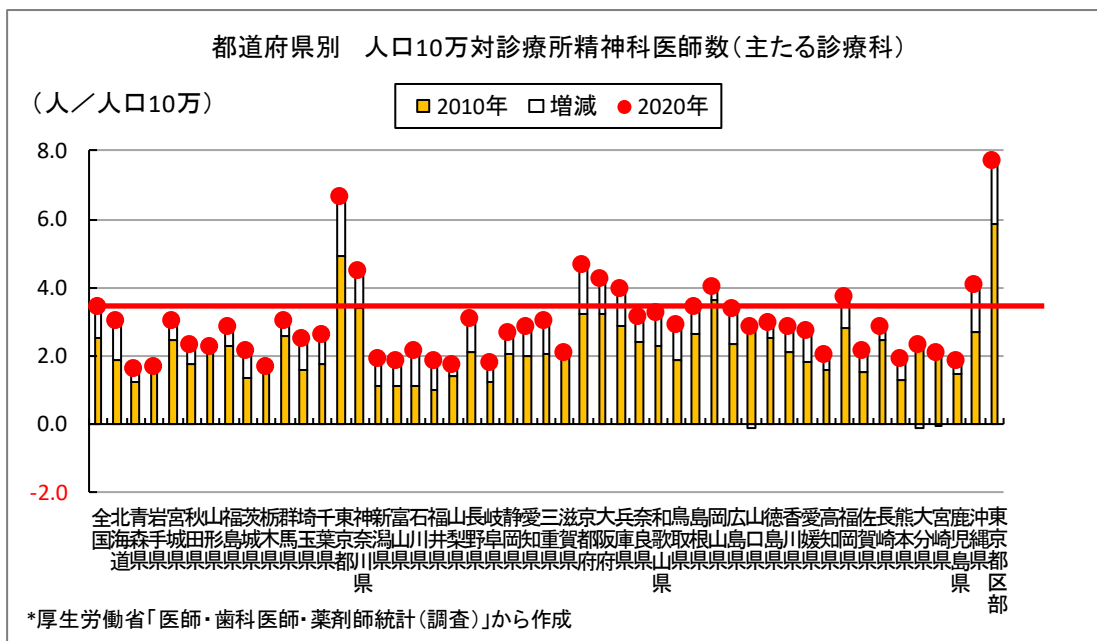


診療所は病院に比べて、2010年から2020年にかけて皮膚科、美容外科の医師が増加した（前述）。

診療所の人口10万対皮膚科医師、美容外科医師は東京都区部一極集中である（図2.4.5, 図2.4.6）。皮膚科医師は、東京都区部で美容外科の診察を行っているケースも少なくないのではないかと推察される。なお、山形県、島根県では、2020年時点で主たる診療科が美容外科である診療所医師は存在しない。

2010年から2020年にかけて診療所でもっとも増加したのは精神科医師である（前述）。診療所の人口10万対精神科医師数は、東京都をはじめ都市部が多い（図 2.4.7）。最大の県と最小の県の差は、2010年には5倍、2020年には4倍に縮小したが、なお開きは大きい。

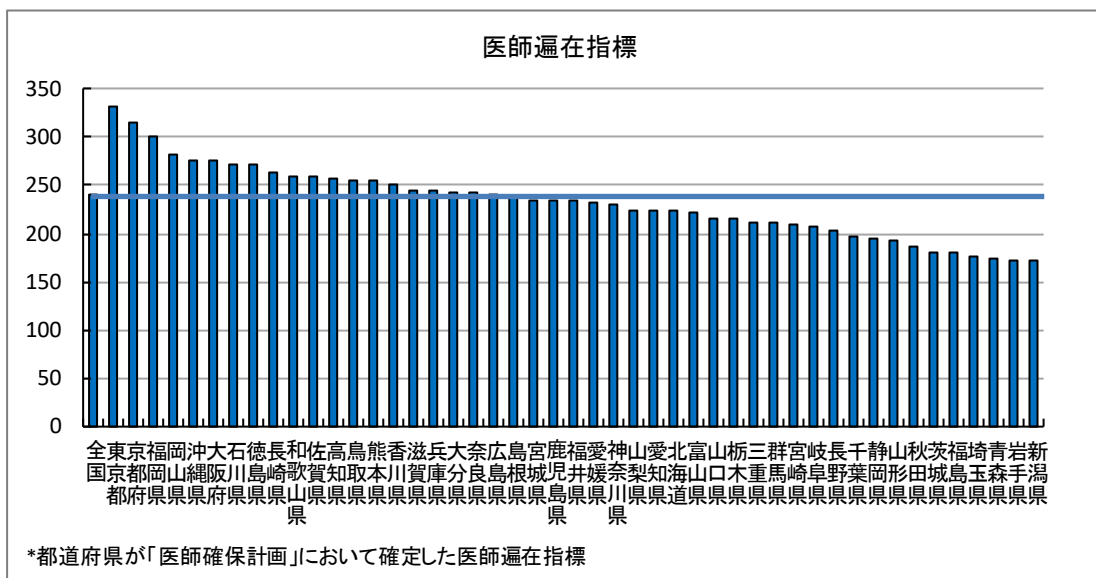
図 2.4.7 都道府県別 人口10万対診療所精神科医師数（主たる診療科）



2.4.3. 医師少数県・医師多数県

ここでは、医師遍在指標の並び順に医師数の変化を見る。

図 2.4.8 医師遍在指標



医師多数区域・医師少数区域

2019年2月18日の医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会で提示された¹⁰。

- ・ 医師偏在指標の上位 33.3%が医師多数県、下位 33.3%が医師少数県。
- ・ 医師数については性年齢階級別平均労働時間、医療需要については性年齢階級別受療率で調整し、全国平均との差分から設定された指標。
- ・ 都道府県は、医師偏在指標等をもとに、医師確保の方針、確保すべき目標医師数、目標の達成に向けた施策内容を「医師確保計画」として 2019 年度中に策定した¹¹。このとき、都道府県が確定した医師遍在指標は 2020 年 8 月 31 日の医師需給分科会で示されている¹²。
- ・ 厚生労働省「医師確保計画策定ガイドライン」(2019 年 3 月)¹³では、「医師偏在指標の活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意する必要がある」とされている。

¹⁰ <https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000480270.pdf>

¹¹ 厚生労働省「医師確保計画を通じた医師偏在対策について」
<https://www.mhlw.go.jp/content/000700132.pdf>

¹² <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000665196.pdf>

¹³ <https://www.mhlw.go.jp/content/000700134.pdf>

全年齢では、医師少数区域で医師数の伸び率のばらつきが大きく、埼玉県、千葉県で大きく増加したが、数%台の伸びに止まった県もある（図 2.4.9）。

若手医師（35歳未満）の増加数は、医師少数県の合計（+2,787人）が医師多数県の合計（+1,897人）よりも多い。しかし、医師遍在指標が全国平均以下の山口県（▲2人）、医師少数県の山形県（▲4人）では、わずかではあるが若手医師数が減少した（図 2.4.10）。医師養成数増加分や地域枠の医師が定着していない可能性がある。

図 2.4.9 医療施設従事医師数の増減率（全年齢）

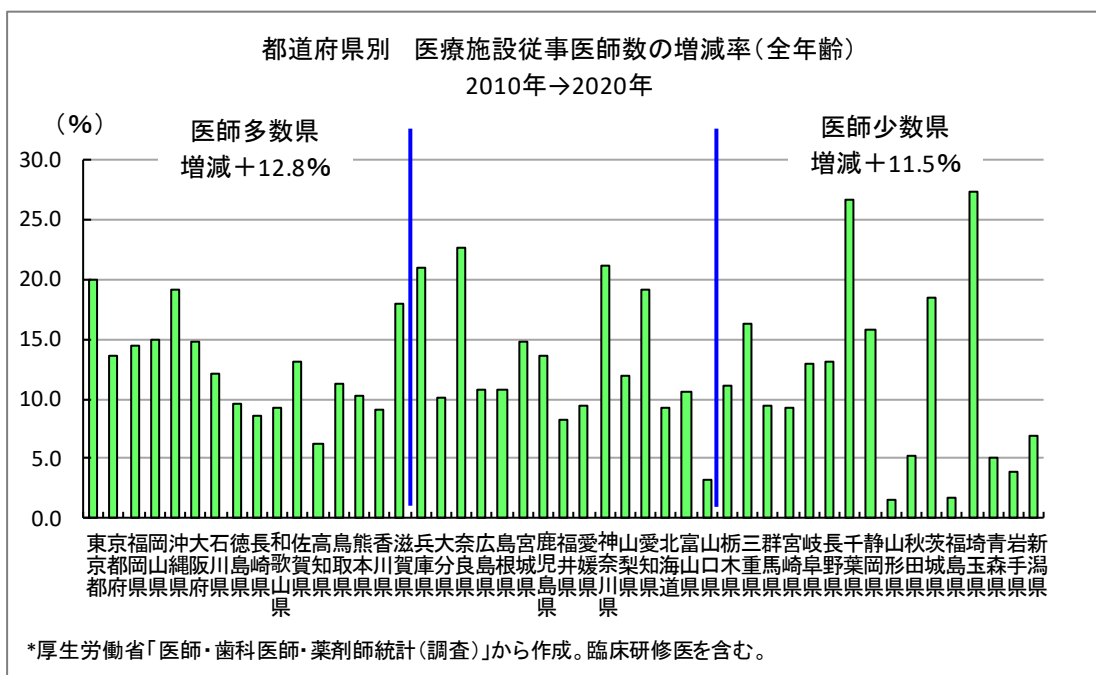
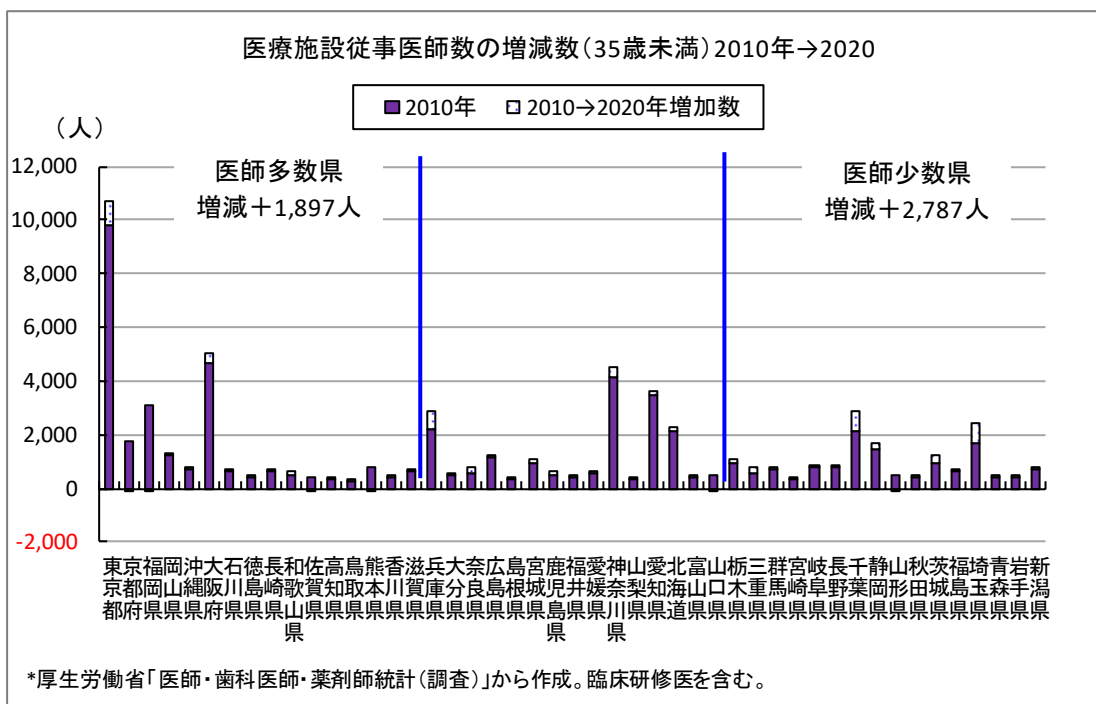


図 2.4.10 医療施設従事医師数の増減（35歳未満）



各都道府県は「医師確保計画」を策定している（2020年3月策定）。山口県の場合、県内の医師少数区域は、柳井、長門、萩であり、それぞれ2023年までに医師数を増やす計画を立てたが、いずれの区域も、2020年にはさらに医師が減少した（表 2.4.1）。

柳井区域では、2016年（医師確保計画の基準年）から2020年にかけて、地域医療構想の下で、慢性期機能の療養病床の約半分が介護医療院に転換した。また、柳井は地域医療構想の重点支援区域[※]で、周防大島町立三病院（大島病院、東和病院、橘医院（有床診療所。旧橘病院））¹⁴の再編を進めており、すでに病院のダウンサイジングが始まっている（表 2.4.2）。すなわち、医師を確保したところで病院に新たな医師のポストはない。なお、人口減少が急激に進んだため、柳井区域の人口10万人当たりの医師数は期せずして増加した（2016年197人→2020年204人）。

※重点支援区域：地域医療構想の実現に向け、全ての公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針について、診療実績データの分析を行い、具体的対応方針の内容が、民間医療機関では担えない機能に重点化され、2025年において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に沿ったものとなるよう、複数医療機関の再編統合事例に対し、国が技術的支援、財政的支援を行なうものとして厚生労働省が選定する区域¹⁵。2022年4月末日時点で12道県18区域が選定されている¹⁶。

¹⁴ 2004年の合併前は、大島町立病院、東和町立病院、橘町立病院。

¹⁵ 「地域医療構想に関する地域の検討・取組状況等について」2021年12月3日 地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ資料 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000862586.pdf>

¹⁶ 厚生労働省 2022年4月27日 プレスリリース https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25341.html

表 2.4.1 山口県（一部）の医師確保計画

2020年は今回の「医師・歯科医師・薬剤師統計」の結果 (人)

医師少数区域	年次	病院	診療所	計
柳井／重点支援区域	2016年	104	58	162
	2020年	94	58	152
	対2016年	▲ 10	0	▲ 10
	2023年目標	—	—	181人以上
長門	2016年	45	17	62
	2020年	38	18	56
	2023年目標	—	—	72人以上
萩／重点支援区域	2016年	49	42	91
	2020年	50	43	93
	2023年目標	—	—	97人以上

*山口県「医師確保計画」、厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」から作成
<https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/uploaded/attachment/22308.pdf>

表 2.4.2 山口県柳井構想区域の病床数

山口県柳井構想区域 (床)

報告年月	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計
2016.7.1	0	361	86	1,566	32	2,045
2020.7.1	0	342	170	880	166	1,558
増減	0	▲ 19	84	▲ 686	134	▲ 487

(再掲)周防大島町立病院(2016年は3病院、2020年は2病院+1有床診療所)[※]

報告年月	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	計
2016.7.1	0	0	0	256	0	256
2020.7.1	0	0	84	133	0	217

※有床診療所は、その後看護職員不足のため入院を休止。

*山口県「病床機能報告」から作成

2.5. 医師の移動

常勤医師[※]の割合が低いということは、逆に非常勤で兼業している医師の割合が高いことを示している。

病院の常勤医師の割合は、全国平均で 89.5% である。人口 10 万対医師数の多い西日本、東京都などで常勤医師の割合が低い（図 2.5.1）。

診療所の常勤医師の割合は全国平均で 88.7%、東京都では 84.5% でもっとも低い（図 2.5.2）。

※常勤医師：医師届出票の就業形態欄で「常勤」「非常勤」のうち「常勤」を選択した医師。記入要領では、「雇用形態に関わらず、施設で定めた勤務時間（所定労働時間）のすべてを勤務しているか否かで、常勤・非常勤を区別し、いずれかを○で囲む。施設で定めた勤務時間が週 32 時間未満の場合は非常勤とする」となっている。いずれも臨床研修医を含む。

常勤医師割合は臨床系の大学院生を除いて計算（臨床系の大学院生は医師届出票で就業形態（常勤・非常勤）を選択しなくて良いようになっているため）。

公表されているデータの制約により常勤換算は行っていない。

図 2.5.1 都道府県別 病院常勤医師の割合

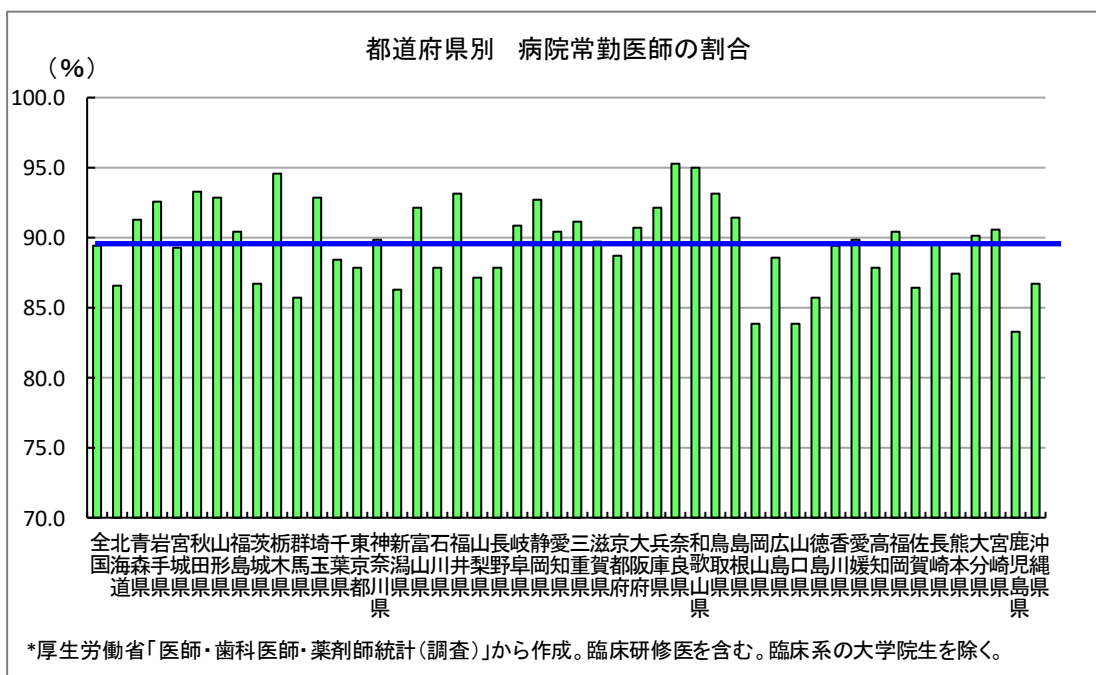
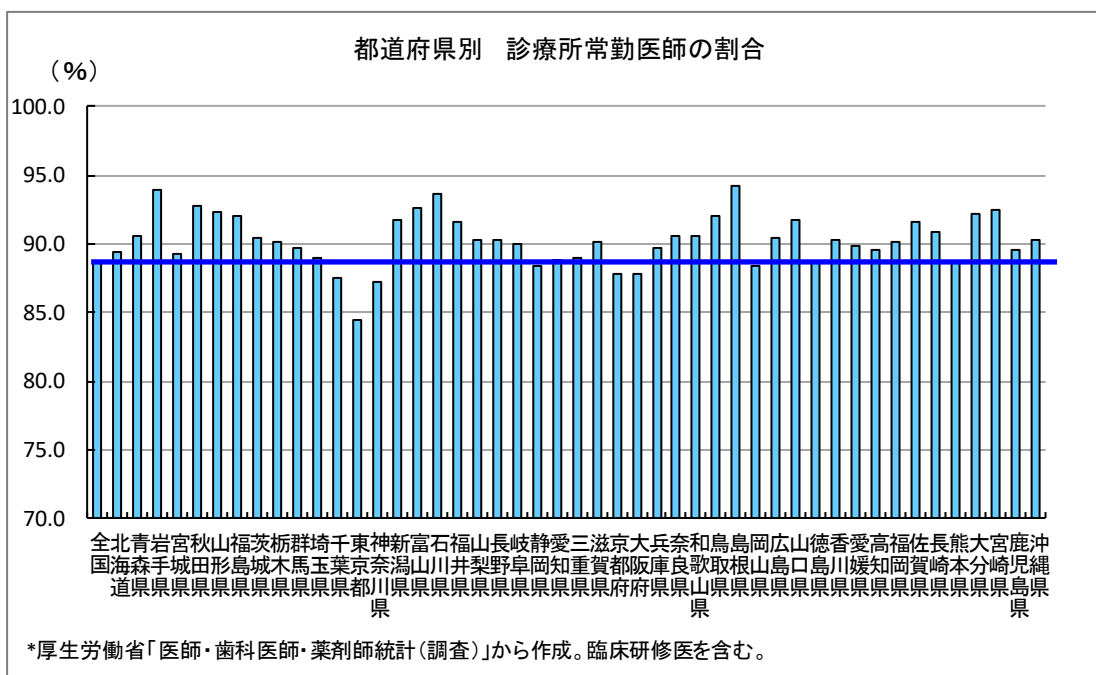


図 2.5.2 都道府県別 診療所常勤医師の割合



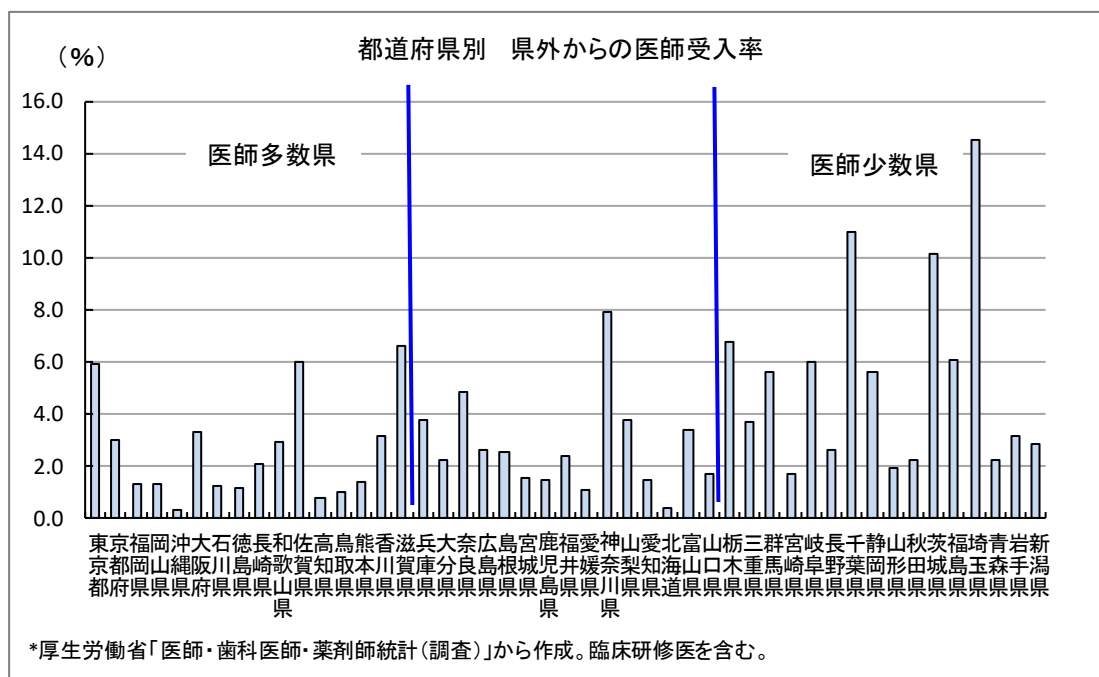
以下、当該都道府県以外から兼業^{*}で来ている医師の比率を「県外からの医師受入率」として計算した。なお、公開されているデータの制約上、実人数で計算しており常勤換算はしていない。

※兼業：医師届出票では、主たる従事先と、複数の従事先がある場合には従たる従事先を記入する。ここでは従たる従事先を「兼業先」とした。

$$\text{県外からの医師受入率} = \frac{\text{主たる従事先が当該県外かつ従たる従事先が当該県内の医師}}{\text{当該県のすべての医師}} \times 100 (\%)$$

医師少数県の埼玉県、千葉県、茨城県で医師の受入率が高い。北海道、沖縄県では他都府県からの受入はほとんどない。(図 2.5.3)。

図 2.5.3 県外からの医師受入率 (2020 年)



東京都を軸に関東地方を見てみると、東京都の医師数は 47,841 人で、そのうち兼業先がある医師が 14,630 人、さらにそのうち兼業先が茨城県の医師が 272 人（以下、省略）などとなっている（表 2.5.1）。東京都では、医師の 1 割近くが勤務日数※はともかく東京都以外の関東各県で兼業している。

※勤務日数も調査しているが公表データには収載されていない。

表 2.5.1 関東地方の兼業の状況

関東地方の主たる従業地と従たる従業地の関係のみを抜粋 (人)

主たる従業地	医師数	兼業先ありの医師の兼業先							
		茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	
茨城県	5,822	1,248	980	48	4	31	61	91	9
栃木県	4,760	1,495	115	1,121	53	50	19	79	12
群馬県	4,710	1,084	3	16	938	51	4	42	7
埼玉県	13,577	3,527	52	60	57	2,360	115	720	82
千葉県	13,353	3,124	88	27	10	157	2,116	541	89
東京都	47,841	14,630	272	125	106	1,489	1,082	9,426	1,401
神奈川県	21,294	5,760	46	21	23	149	145	1,073	4,082

臨床研修医を含む。無職、不詳を含まない。

*厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」から作成

まとめ

1. 長期的には、増加した医師数のほとんどは病院で増えた。診療所医師への参入（新規開業、承継）は伸び悩んでいる。

2. 診療所の診療科別では

(1) 地域包括ケアシステムの中で中心的な役割を担うことが多いと推察される内科系の医師は横這いである。

(2) もっとも増加したのは精神科の医師であり、都市部を中心に増加した。

(3) 東京都区部一極集中で、皮膚科、美容外科の医師が増えた。診療所若手医師のうち美容外科の医師は 15.2%を占める。

医学部入学定員には診療科指定地域枠もあり¹⁷、また、厚生労働省は、新専門医制度に関して診療科別必要医師数を推計している¹⁸。しかし、今のところ診療科偏在の解消効果は明らかになっていない。現状は、いくら医師養成数を増やしても、保険診療ではなく自由診療を主とする診療科への医師の流出が避けられない状態にある。

3. 国はかかりつけ医の推進を進めている¹⁹。かかりつけ医は、病院か診療所か、あるいはどの診療科を問うものではないが、地域包括ケアシステムの中では、内科系の診療所医師が高齢者のかかりつけ医となって、外来や在宅医療を担うケースが多い。しかし、その診療所医師が増えていない。かかりつけ医機能を担う医師が増えるよう、その評価を引き上げるとともに、地域によっては中小病院にもその機能を担ってもらうようにしなければ、かかりつ

¹⁷ 「令和5年度医学部定員と歯学部振替枠について」2021年8月27日 医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会資料 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000822125.pdf>

ただし指定する診療科は単独の科ではなく、「小児医療、周産期医療、救急医療、へき地医療」等をグループとしてそのうちいずれか。

¹⁸ 「診療科ごとの将来必要な医師数の見通し（たたき台）について」p.2 2019年2月18日 医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会資料

<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000483903.pdf>

¹⁹ 財務省に関して言えば、かかりつけ医の制度化によって、国民の受診の門戸を狭め、かかりつけ医の登録制を導入して患者1人当たり定額制によって医療費を抑制する意図があると思われるが。

財務省「社会保障等」p.32 2021年4月15日 財政制度等審議会財政制度分科会資料

https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20210415/01.pdf

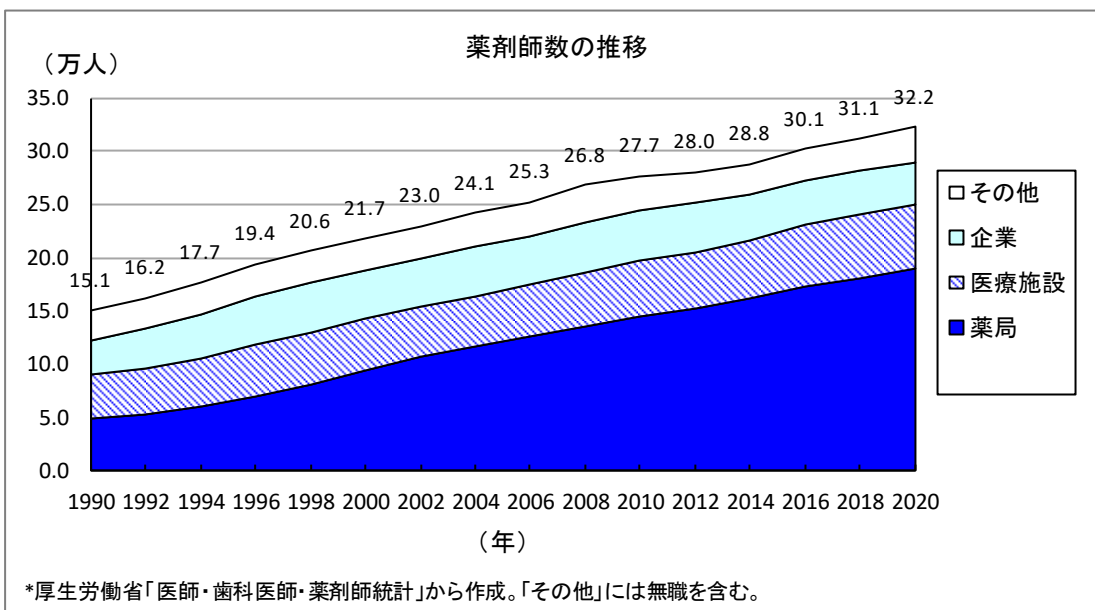
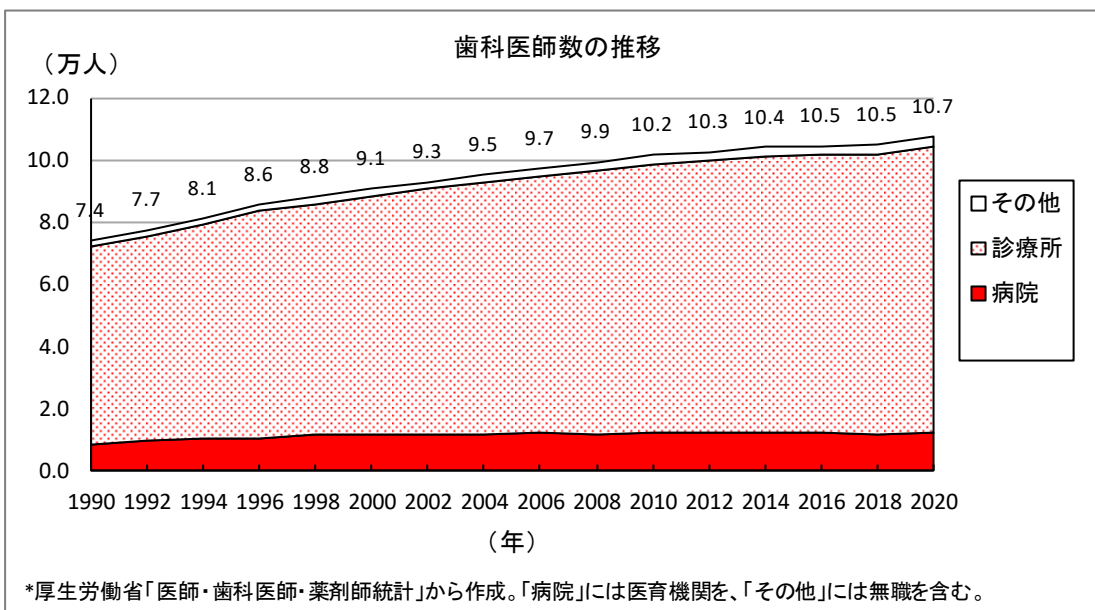
け医の需要に応えることができない。

4. 地域別では、医師少数区域で医師確保が難航しているところがあるが、たとえ医師を確保したところで、病床数の適正化によって医師の配置先がなくなっている状況である。こうした地域はおおむね過疎地域であり、診療所の新規開業・承継は相当なインセンティブがあっても実現は容易ではない。そこで、すでに全国で公立病院を無床化（診療所化）する事例があるが、こうした形でなんとか医師の受入先を維持することもひとつの方策であろう。この場合、地方自治体が経営主体になるが、経営基盤が弱い。国が経営改善もサポートした上で、財政面を含めて（現在、地域医療介護総合確保基金があるが）、医師に対して包括的かつ継続的な支援を行なう必要がある。
5. 都道府県をまたぐ兼業があることもあらためて明らかになった。「医師・歯科医師・薬剤師統計」では、医師の従たる勤務先の勤務状況も調査しているが、その詳細は公表データには収載されていない。兼業の状況は医師の働き方改革に与える影響が大きいと、厚生労働省が追加して公開するとともに、詳細な分析結果も提示することを期待したい[※]。

※「医師・歯科医師・薬剤師統計」は厚生労働省のオーダーメイド集計²⁰の対象になっていないため、厚生労働省に自発的に公表していただく必要がある。

²⁰ 厚生労働省ホームページ「オーダーメイド集計（委託による統計の作成等）について」
https://www.mhlw.go.jp/toukei/itaku/order.html#order_03

(参考) 歯科医師数・薬剤師数



注) 無職は「その他」に含むが、本文 p.2 に示した理由で、無職者には届出漏れがあり得ることから、捕捉されている以上に多い可能性が高い。