

過労死水準の
月80時間の時間外労働



引退の前提は80歳

まやかしの「医師偏在」

～ 医師不足の解消を ～

全日本民医連

このパンフレットは、医学生との対話のなかで出された質問に
答えるものとして作成しました。
日本の医療の本当の姿を伝え、医療をまもるために何が必要かを考えます。

2024年4月、医師の働き方改革がスタートしました。

これに先がけて2019年11月、政府は医師の働き方改革の議論を進めるにあたり「我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働に支えられてきており、医師の健康確保、医療の質の向上の観点からも、医師の働き方改革は急務である」と述べ、改革に着手しました。

しかし、時間外労働の上限は、A水準（最低水準）でも過労死水準の年間960時間（**月80時間**）であり、実際の現場では、労働時間を見かけのうえで短縮するために、「名ばかり宿日直」や「自己研鑽の拡大解釈」などが行われています。

なぜ、医師の自己犠牲的な長時間労働はなくならないのでしょうか？

EUの医師の労働時間は週48時間以内となっており、医師のワークライフバランスを保ち、医療安全にも配慮した勤務とするために、交代勤務が当たり前になっています。しかし、日本ではごく少数の病院の取り組みにとどまっています。

なぜ、日本では交代勤務ができないのでしょうか？

政府は2024年12月25日「医師偏在対策に関するとりまとめ」を発表しました。「現状と課題」の認識において、医師数は2022年までの10年間で、全国で30.3万人から34.3万人と、4万人増加しているが偏在があり、今後は、総数の確保から適切な配置へと重心をシフトしていく必要があると述べました。

しかし、4万人増加の実態は60歳以上の医師の増加が主たるものであり、若手医師の増加がメインではありません。加えて、とりまとめに記されている診療所医師の**引退の前提は80歳**となっています。

なぜ、80歳が引退の前提となるのでしょうか？

80／80（過労死水準の月80時間の時間外労働／引退の前提は80歳）の原因は、医師不足です。

あなたはこの状況で、働き続けることができますか？

まやかしの「医師偏在」～ 医師不足の解消を ～

Q1 医師はほんとうに足りてる？ 4-5

Q2 医師の偏在が問題だと聞きましたが？ 6-7

Q3 将来的には医師は余るのでは？ 8-9

Q4 医師の働き方は良くなる？ 10-11

Q5 医学部定員増で医療の質が下がる？ 12-13

Q6 医師増で、希望する働き先が制限される？ 14-15

Q7 医師が増えると医療費が増える。財源がないのでは？ 16-17

Q8 診療報酬は上げない方がよいのでは？ 18-19

COLUMN 韓国の医師・医学生が医師増員に反対するのは… 20



Q1

医師はほんとうに足りてる？



A いいえ。13 万人、不足していると推計されます。

ポイント

- 働き方改革をすすめるなかで、必要な医療が提供できなくなっている。
- 今の医療需要にこたえることができる医師数が不足している。
- 他国では医療ニーズに応じて医学部の定員を増加させている。
- 政府は医師不足でなく、医師不足感があるとしている。
- 日本は医学部の定員を 2027 年度から減少させようとしている。

人口1,000人当たりの医師数

OECD 加盟国における医師数の平均は人口 1,000 人当たり 3.6 人に対し、日本では 2.5 人と大きく下回り、加盟 38 ヵ国中 33 位と、医師不足が深刻であることが明らかです（図 1）。OECD 平均に達するためには、約13万人の医師が不足していると推計されています。

1980年代からの医師数抑制

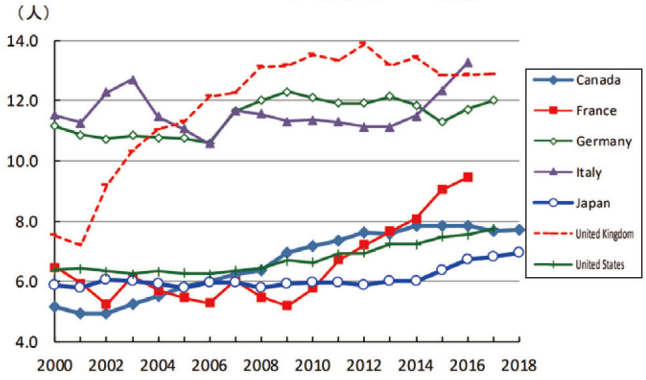
1982 年に政府は「医師については全体として過剰を招かないように配慮」と閣議決定を行い、1983 年に厚生省（当時）の保険局長であった吉村仁氏が「医療費亡国論」を主張しました。これを受け、1980 年代後半から 2007 年までの約 20 年間にわたり医師数の抑制が継続しました。しかしその影響による地域での医療崩壊や医療事故が社会問題となり、国民や現場の医師たちから医師増員を求める声があがり、政府は 2008 年に医学部定員増へと切り替えました。

少ない医学部卒業生数

しかし、世界で最も高齢化が進む日本では、今なお人口 10 万人当たりの医学部卒業生数は 7.1 人と OECD 加盟国中で最少であり、OECD 平均 13.5 人にははるかに及びません（図 2）。イギリスやフランスなど多くの国々は、加速する高齢化や医療技術の進歩に伴い増加する医療ニーズに対応するため、現在、医学部の定員を積極的に拡大しています（図 3）。

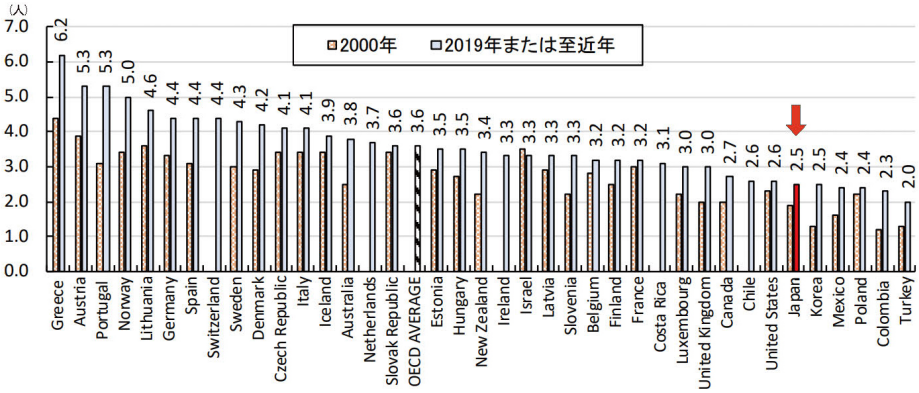
にもかかわらず政府は、医師不足ではなく医師不足感があるとの認識のもと、今後、医学部定員数を削減する方針を掲げています。このことは、将来的な医療提供体制に深刻な影響を及ぼす可能性があります。また、数年前のコロナパンデミックで明らかになった医療崩壊の状況は記憶に新しいところです。医療提供体制は平時において余裕がなければ、有事の際に必要な医療を提供することは困難です。

図3 人口10万人当たり医学部卒業生の推移



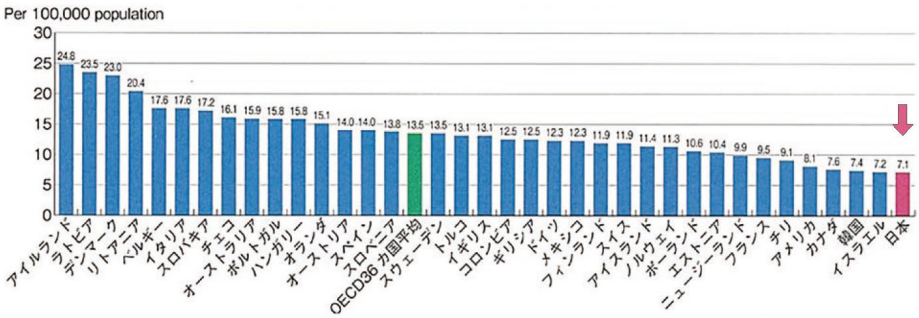
出典：日医総研ワーキングペーパー No.464（2022年3月24日）

図1 人口1,000人当たり医師数



出典：日医総研ワーキングペーパー No.464
（2022年3月24日）

図2 医学部卒業生 2019年（または直近年）



出典：OECD Health Statistics 2021.「図表で見る医療 2021：日本」（2021 年 11 月 9 日 OECD 雇用局医療課　藤澤理恵）

Q2

医師の偏在が問題だと聞きましたが？



A いいえ。「医師多数県」とされている県でさえ足りていません。

ポイント

- 「医師少数県」「医師多数県」とされている都道府県の知事たちが医師不足の解消を政府に要望。
- 医師が余っている都道府県は日本のどこにもないのが実態。
- すべての都道府県で人口 10 万対医師数は OECD 平均に届いていない。

「医師少数県」「医師多数県」双方から医師不足の声が

政府は「医師が潤沢であることを主張するために」偏在指標を機械的に利用し、地域による偏りが最重要課題であるかのように示そうとしています。しかし、「医師少数県」の知事からは「医師の地域間偏在を解消し、地域の医療を安定的に確保するために、医師の絶対数を増やすことが必要である」と声があがりました。また「医師多数県」の知事からは、「『医師多数県』と分類されても、必要な診療科の医師が確保できない地域があり、偏在指標は実情を表していない」との要望が政府に提出されました。双方から、医師不足、地域医療崩壊の危機的状況にあること、医師をはじめとする専門人材の確保が急務であることが訴えられています。

現行の少ない医師数で地域偏在を改善しようとすれば強制的に配置されることになり、診療科偏在の解消のために、自身の学びたい科・分野を諦めることにつながる可能性もあります。

そもそも医師偏在指標とは

政府は、医師偏在指標（図 4）について、医師の性別、年齢等を考慮するとともに、平均労働時間の違いを用いて調整していますが、厚労省は指標の前提として、「指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしもすべての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込めているものではない」、さらに「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うえで、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に十分に留意したうえで活用する必要がある」と示しています。また、一定の仮定とデータが適切に計算されていない指標（受療率はコロナ禍の受診抑制時、労働時間は働き方改革前、医師は診療科、開業、勤務医などすべてひとくくりのデータなど）であり、比較しようとしている医師数は多いのか少ないのか、なんら検証されていない数値となっています。

この偏在指標は、いかにも医師が“余っている”地域があるかのように思わせるものですが、そのような地域は日本のどこにもありません。

図 4　都道府県別の医師偏在指標（令和６年１月公表版）

（都道府県別）　上位1/3　下位1/3

都道府県	医師偏在指標	都道府県	医師偏在指標	都道府県	医師偏在指標
全国	255.6	富山県	238.8	島根県	265.1
北海道	233.8	石川県	279.8	岡山県	299.6
青森県	184.3	福井県	246.8	広島県	254.2
岩手県	182.5	山梨県	240.8	山口県	228.0
宮城県	247.3	長野県	219.9	徳島県	289.3
秋田県	199.4	岐阜県	221.5	香川県	266.9
山形県	200.2	静岡県	211.8	愛媛県	246.4
福島県	190.5	愛知県	240.2	高知県	268.2
茨城県	193.6	三重県	225.6	福岡県	313.3
栃木県	230.5	滋賀県	260.4	佐賀県	272.3
群馬県	219.7	京都府	326.7	長崎県	284.0
埼玉県	196.8	大阪府	288.6	熊本県	271.0
千葉県	213.0	兵庫県	266.5	大分県	259.7
東京都	353.9	奈良県	268.9	宮崎県	227.0
神奈川県	247.5	和歌山県	274.9	鹿児島県	254.8
新潟県	184.7	鳥取県	270.4	沖縄県	292.1

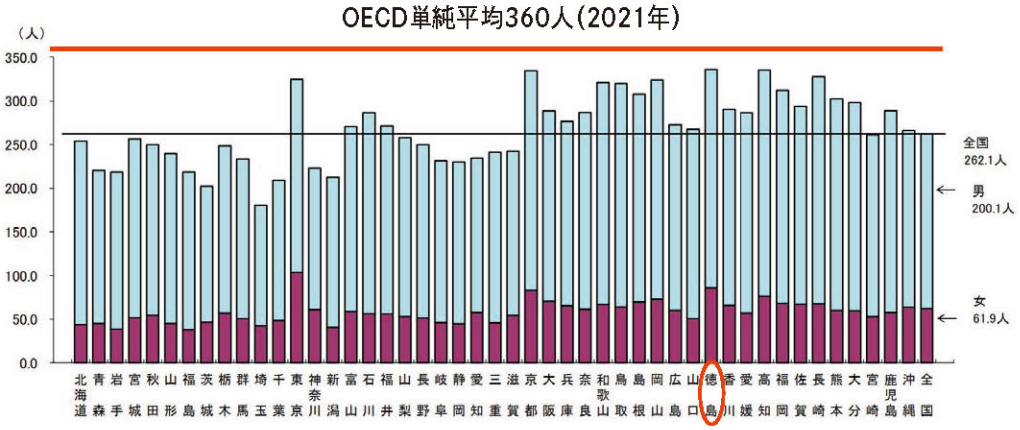
出典：令和６年１月29日医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料（一部改）

「偏在」のみが問題なのか？

国内で最も人口 10 万人当たりの医師数が多いとされる徳島県でさえ、その数は OECD 平均を下回っています（図 5）。この事実は、日本の医師不足が単なる地域間の偏在によるものではなく、医師が絶対的に不足していることを如実に示しています。

図 5

都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数



出典：厚生労働省
令和４（2022）年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況を一部改変
（令和4（2022）年12月31日現在）

Q3

将来的には医師は余るのでは？



A いいえ。医師が余ることはありません。

ポイント

- 1980 年代から「日本の医師は将来余る」と言われ続けてきたが、余ったことは一度としてない。
- 政府が今後、余ることの根拠としている医師の需給推計は過労死水準の年間 960 時間の時間外労働が前提で、医師が健康で生き生きと働けるようにするという視点がない。
- 2070 年ごろまで多死社会が継続するとされており、医療需要は高い状況が継続。

医師の需給推計に問題はないのか

厚労省は2020年の「医療従事者の需給に関する検討会」で、日本の医師数は2029年頃に均衡し、その後は余ってくるとの推計を示しました。しかしこの推計では、OECDの加重平均(注1)で目標を設定しており、単純平均並みであれば46万人必要な日本の医師数を36万人としています（図6）。また、現在年間960時間以上の時間外労働となっている医師の時間外労働を960時間以内に置き換えるとともに、宿日直は労働時間にカウントしていません。

過去にも厚労省（旧厚生省含む）は、「医師は将来余る」との推計を出し続けてきました(注2)。しかし現在に至るまで、医師が過剰になったことはありません。

【注1】OECD単純平均とは、各国の人口1,000人当たり医師数の合計を国数で除した値。一方でOECD加重平均とは、加盟国の全医師数を加盟国の全人口で除した数に1,000を乗じた値。

【注2】
- 1986年「将来の医師需給に関する検討委員会」2025年には全医師の1割程度が過剰となると将来推計
- 1994年「医師需給の見直し等に関する検討会」供給医師数が必要医師数を上回るのは2015年頃からで、2025年には約2万6千人が過剰になると推計
- 1998年「医師の需給に関する検討会」2017年頃から供給医師数が必要医師数を上回り、2020年には約6千人、2025年には約1万4千人の医師が過剰になると推計

人口は減少しても、医療需要は高止まり

「少子化で日本の人口は確実に減るので医師は余る」といった論調もよく耳にします。しかし、日本において1980年から2020年までの40年間に医師は2.17倍増えていますが、その間の人口は、1億1706万人から1億2410万にとわずか1.06倍しかふえておらず、人口と医師数の関連性がないことは明らかです。さらに、現在の少子化が続いたとしても高齢者の数はすぐに減るわけではありません。2022年に初めて150万人を超えた日本の年間死亡者数は、今後2070年頃まで150万人超が続くと推計されています（図7）。また、医療や生命科学に関する研究や技術開発が今後も進むことで、医療はより高度化するとともに、健康産業が益々発展することが予想されます。それに伴って将来的に必要な医師数は増加することが考えられます。

本来求められる医師数とは

本来求められる医師数の前提とは、

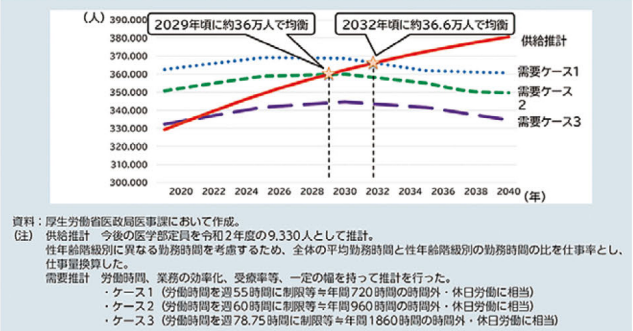
①患者のいのちと健康を守ることができる（患者が適切に医療にアクセスができる）

②先進国の標準的な医療水準が担保できる（医師が適切な研修や研鑽をおこなってキャリアアップできる、医学研究が十分におこなえる環境やマンパワーがある）

③医師の健康やワークライフバランスを守れる（医師がやりがいを持って健康に働き続けることができる、出産・育児・教育・介護など、誰もが適切に保障される働き方が可能となる）

では、ないでしょうか？

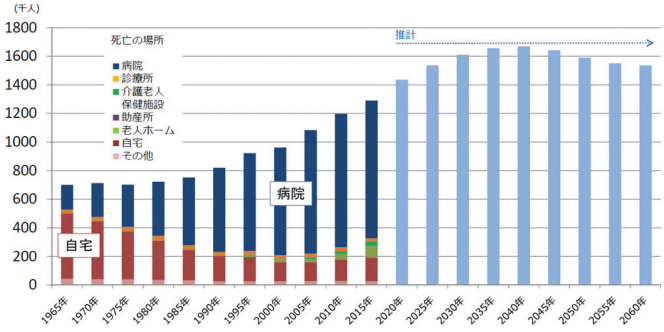
図6　2020（令和2）年度　医師の需給推計



資料：厚生労働省医政局医事課において作成。
(注)　供給推計　今後の医学部定員を令和2年度の9,330人として推計。
性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。
需要推計　労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計を行った。
・ケース1（労働時間を週55時間に制限等々年間720時間の時間外・休日労働に相当）
・ケース2（労働時間を週60時間に制限等々年間960時間の時間外・休日労働に相当）
・ケース3（労働時間を週78.75時間に制限等々年間1860時間の時間外・休日労働に相当）

出典：医療従事者の需給に関する検討会　第35回医師需給分科会（令和2年8月31日）

図7　死亡数の将来推計



出典：2015年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数（いずれも日本人）
2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

Q4

医師の働き方は良くなる？



A いいえ。働き方“改悪”が進行しています。

ポイント

- 働き方改革がスタートしたが、医師の労働を労働とみなさずに見かけ上の労働時間を短縮する「名ばかり宿日直」等の問題が表面化。
- 「働き方改革」は「働き方改悪」との声もあがっている。

今の医師の働き方に問題はないのか

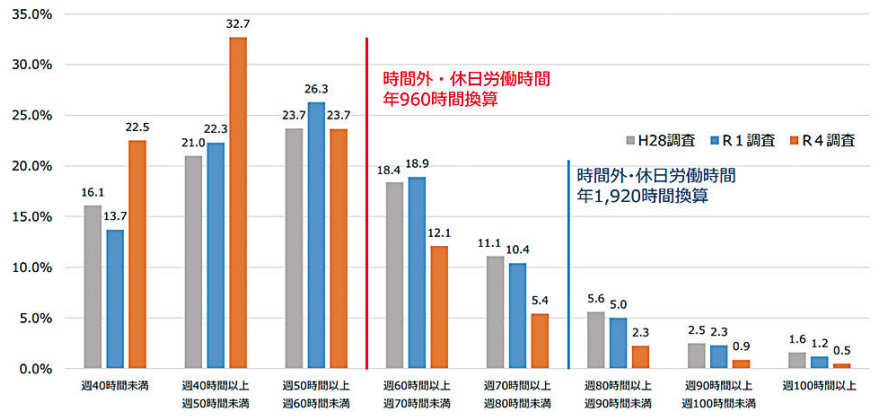
一般的には、１ヶ月の時間外労働が 80 時間、年間に換算して 960 時間を超えると、過労死ラインであるとされています。しかし、病院の常勤勤務医の約 20%はこのラインを超えている状況です（図 8）。そして労働時間の管理が不十分であれば、医師の長時間労働が助長され、医師自身の健康を脅かします。また、医師がコンディション不良の状態で医療行為を行うことは、医療の質や患者の安全に悪影響を与えることにもつながります。こうした状況を受けてスタートした「医師の働き方改革」に対応するため、労働基準監督署の許可を受ければ労働時間とみなさなくてよい「宿日直許可」を多くの病院が申請しました。その結果、2023 年の許可件数は 5,137 件で 2020 年の 144 件の実に 36 倍にのぼりました。また、自己研鑽の拡大解釈によって、労働時間が見かけ上短縮されたことになっていますが、地域の医療需要が減っているわけではなく、労働実態は変わっていないとの指摘もあります。

2022 年に行った勤務医労働実態調査（勤務医労働実態調査 2022 実行委員会(n=7558)以下、勤務医労働実態調査）では、自身の健康について「健康である」と答えた医師は 50%に満たず（図 9）、「あなたは死や自殺について、日頃、考えることがありますか」の問いには、20 歳代の医師の 14.0%が日常的に死や自殺について考えていると回答し、深刻な実態が明らかになりました。

将来、医師として働き続けることが出来るのか

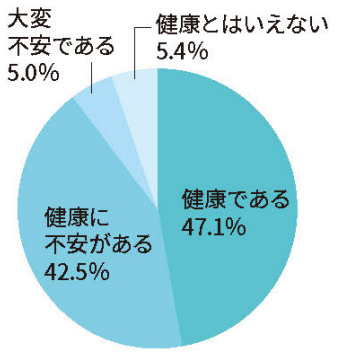
勤務医労働実態調査では、休職・離職の経験がある医師のうち、25%が出産・育児をその理由にあげています。そして子育て世代の医師が働きやすくなるための環境整備として、「年休を含め確実に休むことができる体制」「保育園や病児保育の整備」「多様な働き方の実現」「職場の医師を増やす」ことをあげました。医師を増やすことで柔軟な働き方が可能となり、また医師一人ひとりの業務量を減らし分散させることで過重労働をなくし、医師の健康を守りワークライフバランスを保障することができます。医師数自体はこの 40 年間で 2.17 倍となりました。しかし、医師の労働は改善していません。若手医師において、美容医療に従事する医師が増加していることを問題視する声があります。なぜ美容医療を選択するのか、その背景を把握せずに規制を強化するのでなく、どの科を選択しても人間らしく働くことができる環境を整備することこそ優先するべきです。そして、そのためには医師を増やすことが必須です。

図 8　週労働時間区分と割合＜病院・常勤勤務医＞



出典：第 18 回 医師の働き方改革の推進に関する検討会　資料 2　令和 5 年 10 月 12 日

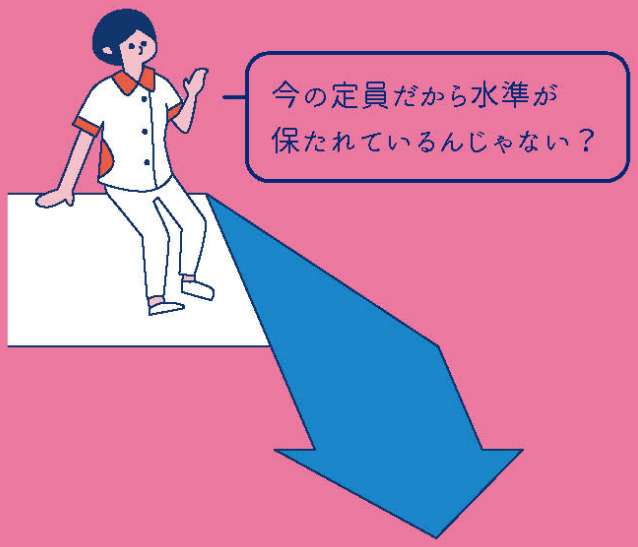
図 9　自身の現在の健康状態



出典：勤務医労働実態調査
（勤務医労働実態調査 2022 実行委員会）

Q5

医学部定員増で医療の質が下がる？



A いいえ。この間の医師増員でも質は低下していません。

ポイント

- 医学部定員は2007年比で1.2倍強に増加（2024年度）したが、医療の質が低下しているという客観的事実はない。
- 増え続ける医療要求に医師の数が追いつかず、長時間労働を強いられ、大学では研究する時間を削って実診療に当てている医師がたくさんいるのが実態。

この間の医師増員で医療の質は低下したか

2008年、民医連も参加して医師増員を求める署名運動を展開し、政府は医学部定員増員に転じました。2007年は定員7,625名でしたが、増員されて2024年度は9,403名になっています。定員が増えると医師になるハードルが下がり、医師の質の低下につながるという声もありますが、この13年間に卒業した医師による医療の質は低下しているでしょうか？また、みなさんがいま受けている医学教育や指導する医師の質は下がっているでしょうか？

医学部定員が18歳人口の1%程度と高くなっており門戸が広がっていると思われますが、医学部人気は引き続き高く、倍率が下がっているわけではありません。

少子高齢化が進む日本では18歳人口は減少傾向ですが、医療需要や人口当たりの医師養成数で考えることも必要です。

研究時間が確保できていない

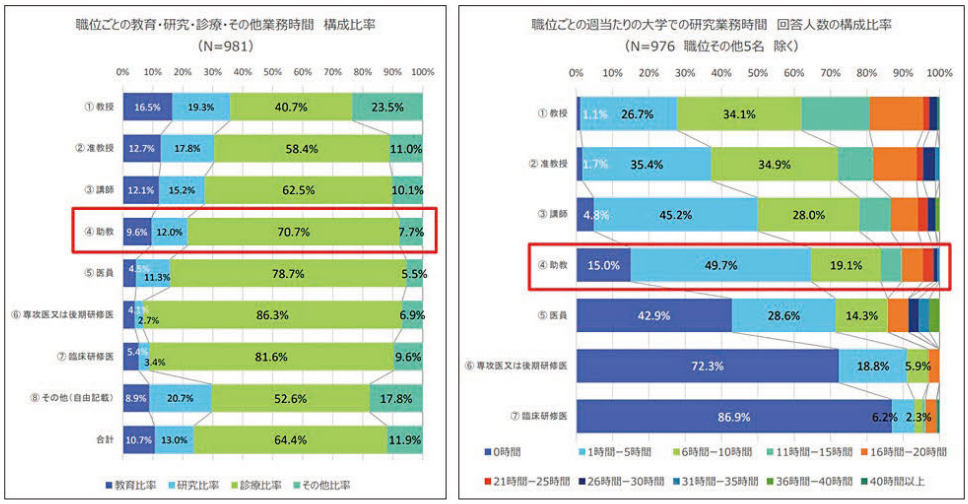
医療の質を担保するためにも、医学教育の充実のためにも、研究は重要です。大学病院における医師の職位ごとの教育・研究・診療・その他の業務時間の構成比率を見ると、助教の研究比率はわずか12%で、診療比率が70%を占めています。週当たりの研究業務時間を見ると、助教の15%が全く研究を行っておらず、約半数が5時間以下にとどまっています。診療に追われ研究の時間が確保できていない実態が見えてきます（図10）。

長時間労働が医療過誤や医療事故の原因に関係している

医療事故を起こさないために増員が必要です。勤務医労働実態調査によると、「医師の長時間労働は医療過誤の原因に関係していると思うか」の問いに、「大いに関係している」「ある程度関係している」と回答した医師が8割を超えました（図11）。また、1ヵ月の「休日」回数が0日と回答した医師は5.1%（専攻医では7%、大学院生では9%）と、勤務医がおかれている深刻な実態が明らかになりました（図12）。

地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会は、医師の絶対数を増やすことが必要との提言を作成し、その中で医学部における医師の養成体制の強化についても言及しています。また、医師になるには医学部での教育だけでなく、卒後臨床研修、専門研修とステップを踏んでいきますが、そのいずれの段階でも、大学の教員や先輩医師から指導を受けることになります。今、医師を増やさなければ、今後も教育や指導に当たる医師の労働負荷は減らず、結果として教育や指導の質が下がることになります。

図10　業務時間の構成比率及び週当たり研究業務時間



出典：大学病院における医師の働き方に関する調査研究報告書（概要）　2023年4月17日　一般社団法人全国医学部長病院長会議

図11　医師の長時間労働は医療過誤の原因に関係しているか

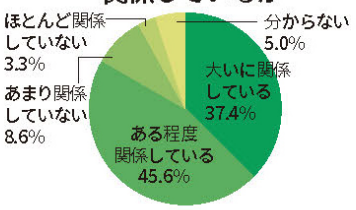
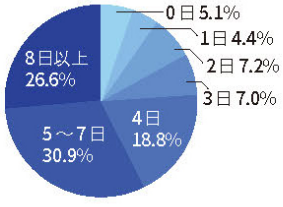


図12　月の「休日」回数（アルバイトで働いた日を除く）



出典：勤務医労働実態調査（勤務医労働実態調査2022実行委員会）

Q6

医師増で、希望する働き先が制限される？



A いいえ。偏在対策によってますます制限がかけられます。

ポイント

- 政府はこれまで医師偏在対策強化において、医師養成課程における取組（医学部定員の地域枠設定、臨床研修における都道府県別の募集定員上限数の設定、専門研修における都道府県別・診療科別の専攻医採用のシーリング設定）を重視し、若手医師の地域偏在は縮小してきたと述べている。
- 医師数が少ない中での偏在対策は「少ないパイの奪い合い」で、本質的な問題解決にはならない。
- 今後、医師数を削減しながら、さらに制限を強化しようとしている。

若手医師は大きく増えていない

政府は10年間で約4万人以上医師が増加したと喧伝していますが、内訳は60歳以上の医師が3万人の増加で、40歳以下の医師は1万人以下となっています(図13)。また、OECDのデータに基づくと、日本の65歳以上の医師の割合は2018年度で17.4%と、OECD加盟国内において、割合が高くなっています(日医総研ワーキングペーパー No.464 2022年3月24日)。

マッチング制度は“アンマッチング制度”に

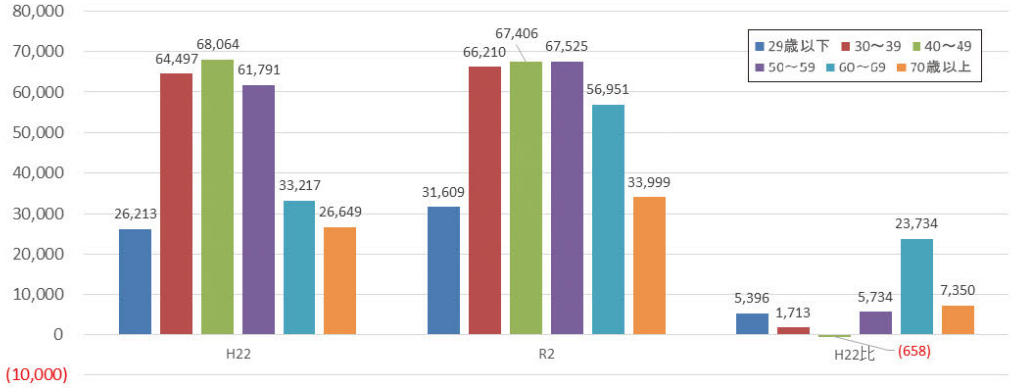
若手医師が大きく増えない中で、偏在対策が若手医師に集中したことにより、医師臨床研修の募集定員削減によってアンマッチ率は上昇し、約1割のアンマッチ者が生み出されています(図14)。また専攻医採用にもシーリングがかかり、希望する地域や科を選ぶことができなくなっています。医学生や若手医師の将来や選択の自由が奪われていると言わざるを得ません。

制限の根本は、偏在対策

今、制限がかかっている背景には、医師不足の実態から目を背け、偏在対策のみを重視する政策があります。今後さらに厳しい制限がかかる可能性があるのは、医師が不足している中で、政府がインセンティブとディスインセンティブを用いて強力な偏在対策を行おうとしていることに加えて、今後、医師数を削減しようとしているからです。

図13

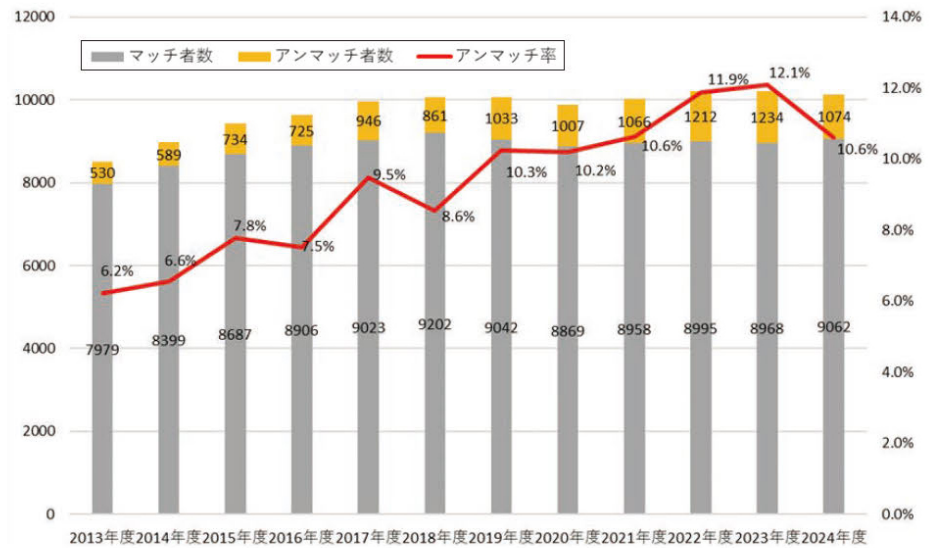
年齢階級、医療施設に従事する医師数のH22年とR2年の比較(4万5千人増加の背景)



出典:厚生労働省 令和2(2020)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況「医療施設従事医師・歯科医師数、薬局・医療施設従事薬剤師数及び構成割合の年次推移」を基に、医師・医学生署名をすすめる会が作成

図14

アンマッチ率の推移



出典:医師臨床研修マッチング協議会 病院数・学生数・募集定員・マッチ者数の推移(平成15年度～)を基に作成

Q7

医師が増えると医療費が増える。財源がないのでは？



A いいえ。財源の確保は可能です。

ポイント

- 医師数増加が医療費増の主要因との根拠は明確ではない。
- 医療費含めた日本の社会保障費は国際的にも低水準。
- 大企業や富裕層に能力に応じた負担を求めるとともに、防衛費や無駄な公共事業の見直しで、財源の確保は可能。

医療費増加の最大の要因は医師数なのか？

「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」の構成員でもある印南一路慶應義塾大学名誉教授が、2016 年に、「日本の医療費増加の最大の要因は医師数であった」とする実証研究を発表し、現在進行している検討会においても、「医師数をコントロールしていくことが、医療費の観点からも極めて重要」と発言しています。

一方で、日本弁護士連合会第 65 回人権擁護大会シンポジウム「人権としての『医療へのアクセス』の保障」の提言においては、医療経済学からの見解を紹介するとして、俞炳匡「『改革』のための医療経済学」から次のことを引用しています。「国際的な医療経済研究者の間では、少なくとも、総医療支出と急性期医療費については、『医療費高騰の犯人探し』は既に終了しており、『犯人』として疑われた五つの要因は、①人口の高齢化、②医療保険制度の普及、③国民所得の向上、④医師供給数増加（ないし医師誘発需要）、⑤医療分野と他の産業分野の生産性上昇率の格差であるが、医療費高騰の主犯格については『医療技術の進歩』ということでほぼコンセンサスが得られている」。

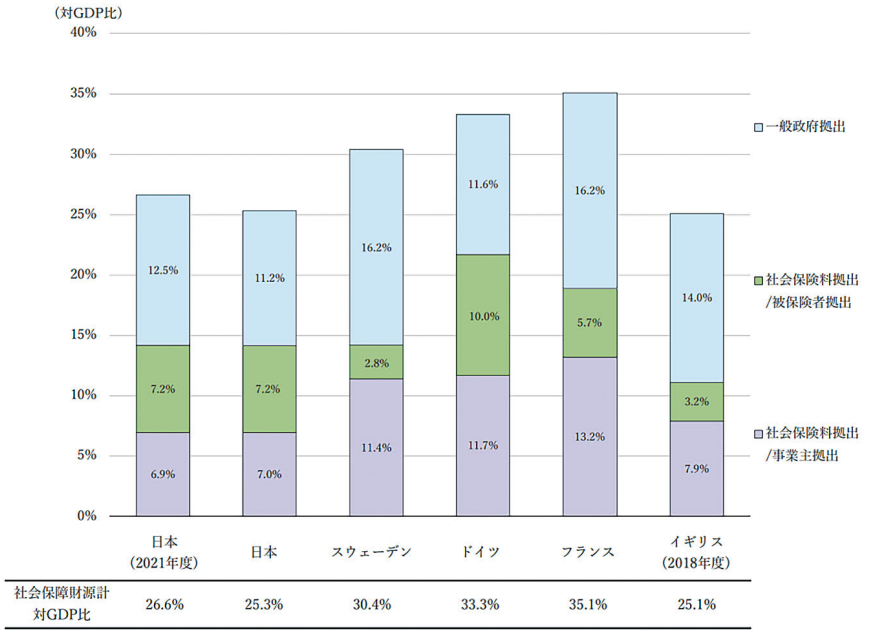
二木立日本福祉大学名誉教授は、文化連情報「二木教授の医療時評（その 164）医療費増加の『最大の要因』は医師数増加か？」（2018 年 11 月）において、「医師数や医学部定員の問題は、人口減少社会における医療ニーズと医師の地理的・診療科偏在の問題、および専門職者養成のあり方として考察すべきことで、そこに根拠も明確でない医師数と医療費の観点を絡ませるべきではない」と述べるとともに、印南氏自身が「医師数の影響力は圧倒的とまでは言えず、医師数さえ抑制すれば医療費全体を抑制できるというほどのものではない」と認めていることにも言及しています。

公正な税制と国の所得再分配機能で、社会保障の拡充は可能

そもそも日本の医療費を含む社会保障給付費は国際的に見ても決して高くはありません（図 15）。医療費の財源は、国庫・公費負担＝税の投入と保険料負担です。政府は、高齢化による医療費の増加など、財政難を理由に現役世代と高齢者の対立をあおりながら、社会保障費を大幅に削減しようとしています。しかし、本来社会保障は世代間で支え合うものではなく、国が所得再分配の機能をはたせるよう予算を配分し、貧困、格差を是正するものです。また、保険料負担は応能負担原則にもとづく被保険者の保険料の他、事業主負担がありますが、日本の事業主負担はＥＵ諸国と比較し非常に低い水準です。

大企業や富裕層に能力に応じた負担を求めれば財源の確保は可能です。また、5 年間で 43 兆円の防衛費増や無駄な公共事業などを見直し、社会保障の予算を確保すれば、必要な医師増員をすすめ、安心して医療が受けられる社会に変えることは可能です。

図 15　社会保障財源（EU基準）の国際比較（対GDP比）（2020年度）



出典：国立社会保障・人口問題研究所　2021 年度 社会保障費用統計の概要

Q8

診療報酬は上げない方がよいのでは？



A いいえ。引き上げが必須です。

ポイント

- 2024 年に倒産や休廃業した医療機関は 786 件と過去最多。
- 2025 年 1 月、日本病院会など 5 つの病院団体が「病院経営は破綻寸前、地域医療崩壊の危機」と緊急要望を厚生労働省に提出。
- 「診療報酬改定において、過去のデフレ時代から継続されている『社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する』という財政制約が踏襲され、経営危機に直面していると訴えている。

医療を守るためには診療報酬引き上げは必須

日本の国民皆保険制度は世界に誇る長寿社会を支えています。その基準単価は診療報酬として国内で統一されています。今、日本の医療機関は公営私営にかかわらず、深刻な経営危機に直面しています。国立大学病院の 2024 年度収支見込みは、42 大学病院のうち赤字病院は 32 病院で赤字額は計 260 億円にのぼり、「20 億円以上の赤字を出している病院も散見され、大学病院がなくなるかもしれない次元の問題だ」と大鳥精司国立大学病院長会議会長は述べています（2024 年 10 月）。

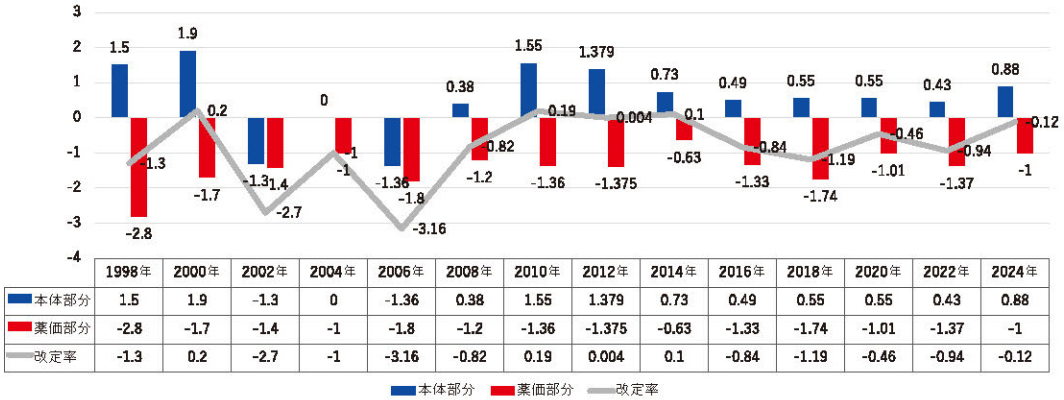
この背景には、消費者物価や賃金上昇にくらべて診療報酬の改定率が低く抑えられたことがあります。小泉政権時の大幅なマイナス改定（2002 年度、2006 年度）、民主党政権時のプラス改定（2010 年度、2012 年度）を経て、自公政権に戻った 2014 年度以降、本体の引き上げ率は 1%未満。薬価引き下げ分が本体に全額振り替えることもなくなり、全体はマイナス改定が繰り返されてきています（図 16）。

診療報酬をあげても患者負担を上げさせない

診療報酬の引き上げが、患者負担の引き上げにつながることもあり、窓口負担を引き下げる運動を同時に進めることが求められます。世界各国の医療負担制度は様々ですが、日本は保険料を支払ったうえに、高額な窓口負担が発生しています。さらに 2025 年政府予算では窓口負担の上限となる高額療養費の引き上げも検討されています。「医療費の窓口負担は、利用者の所得にかかわらず定率で課せられるものであるから、逆進性があり、低所得者の過重な負担となり、受診を抑制させる（日本弁護士連合会 人権としての「医療へのアクセス」の保障より）」こととなります。

世界をみると G 7 のうち、英国、イタリア、カナダ、ドイツ（入院は 1 日につき 10 ユーロ、ただし年間 28 日分が限度）が原則自己負担なしとなっており、フランスは一部負担が償還制としてあるものの、自己負担分は共済組合等でカバーされています。

図 16　診療報酬改定率の推移



	1998年	2000年	2002年	2004年	2006年	2008年	2010年	2012年	2014年	2016年	2018年	2020年	2022年	2024年
本体部分	1.5	1.9	-1.3	0	-1.36	0.38	1.55	1.379	0.73	0.49	0.55	0.55	0.43	0.88
薬価部分	-2.8	-1.7	-1.4	-1	-1.8	-1.2	-1.36	-1.375	-0.63	-1.33	-1.74	-1.01	-1.37	-1
改定率	-1.3	0.2	-2.7	-1	-3.16	-0.82	0.19	0.004	0.1	-0.84	-1.19	-0.46	-0.94	-0.12

出典：厚労省資料から作成



韓国の医師・医学生が医師増員に反対するのは…

韓国政府は 2024 年 2 月、現在 3,000 人ほどの医学部定員を 5 年間にわたり毎年 2,000 人増員することを柱とした、必須医療（救急医療・内科・外科・産婦人科など）と地域医療の強化策を発表しました。この政策に対し、専攻医等がストライキを行い集団で辞表を提出したり、医学生の多くが授業をボイコットしたりと抗議をしています。

韓国の医師や医学生が医師増員に反対する理由の主たるものは、①将来的な人口減少、②大学側の受け入れ体制への懸念、③増員ではなく医師偏在の解消が解決策になる、が言われており、日本の医師増員に反対している方々の主張と大きな違いはないように見えます。

しかし、韓国と日本では社会構造や文化、医療制度が大きく異なります。韓国の医療制度は、社会保険方式を基本とした国民皆保険制度が軸になっており、日本の制度とよく似ていますが、①公的医療保険が適用される範囲が狭い、②診療報酬の水準が低い、③公的医療保険の適用対象となる保険診療と対象外となる自由診療の併用ができる混合診療が認められているという特徴があります。また、医療提供体制を市場に任せているため、医療が脆弱な地域に必須医療を提供する医療機関が少なく、保険診療項目が多く利益の少ない必須医療での慢性的な医師不足が発生している一方で、首都圏を中心に自由診療を提供しやすい美容外科・皮膚科・眼科・整形外科などに多くの医師が集中しています。

韓国の人口 1,000 人あたり医師数は、2.6 人と OECD 加盟国平均を大きく下回っています。そもそも不足している中で、今回のストライキによって救急患者の受け入れができなくなる病院もあり、適切な治療が受けられなかった患者の数は、2023 年比で 40%増加、救急治療室で死亡する患者の割合が前年同期比で 13.5%増加（2024 年上半期）しているとの報道もありました。

医師増員反対の背景には、医療提供体制を市場に任せていることにより、自由競争のさらなる激化が予想されることがあるのではないかと考えられます。

＜参考文献＞

- 「韓国の医師がストを続ける訳」Newsweek（ニューズウィーク日本版）2024年11/5・12合併号
- 専攻医たちはなぜ職場を去ったのか？―医大定員の増員計画にみる韓国医療の問題― アジア経済研究所　渡邉雄一氏 2024年10月
- 人道主義実践医師協議会声明（2024年2月27日）

政府、国会議員へ医学生、医師の声を届けます。
アンケートにご協力ください。



私たちもこの運動に賛同しています

- 植山 直人　全国医師ユニオン代表
- 本田 宏　医療制度研究会理事長
- 徳田 安春　群星沖縄臨床研修センターセンター長
- 前田 佳子　日本女医会会長
- 邉見 公雄　地域医療・介護研究会 JAPAN 会長
- 渡辺 仁　佐久総合病院統括院長

発行日：2025 年 2 月
全日本民主医療機関連合会
〒113-8465　東京都文京区湯島2-4-4
平和と労働センター 7F
TEL:03-5842-6451 FAX:03-5842-6460