

医師の地域偏在に対して 現場の医療機関ができることは何か？

小林利彦[†]第73回国立病院総合医学会
(2019年11月9日 於 名古屋)

IRYO Vol. 74 No. 11/12 (494-497) 2020

要旨

全国で人口減少とともに人口の地域偏在が進んでおり、地域医療構想の実現に向けて病院の再編統合や機能分化などが求められている状況下、医師の地域偏在も大きな課題となっている。また、従前から医師の地域偏在状況の目安として「人口10万人あたりの医師数」が用いられてきたが、2019年2月に「医師偏在指標」という新しい評価指標が公表され地域では混乱も招いている。医師の地域偏在には2004年に開始された医師臨床研修制度がある程度関係しているとはいえ、それ以外にもいくつかの理由があると考えられる。医師が少ない地方の病院がすべきこととして、医師が就職先を決める際の動機（モチベーション）を理解した上での任用活動の強化と、他の医療機関や行政、各種団体とも協働した教育環境等の整備などが挙げられる。地域にとって必要かつ優秀な医師は、給与等の待遇のみでは必ずしも集まらないことを理解すべきである。

キーワード 医師の地域偏在, 医師偏在指標, 地域医療構想, 人口減少

はじめに

団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けて地域医療構想の実現が求められている状況下、医療機関の再編統合や機能分化とともに、医師の地域偏在や「働き方改革」への対応等が問われている。本論文では、日本の病院規模の現況と医師の偏在状況について概説し、地域における医師の偏在に対して医療機関は何ができるか考えてみたい。

日本の病院の病床数規模

厚生労働省による2018年2月末の医療施設動態調

査¹⁾によると、全国には8,389の病院があり、そのベッド数は1,555,133床とされている。これは1施設あたり185床の病床規模であることを示しており、本邦の病院規模は比較的小さいということがわかる。実際、全国の病床数を累積グラフで見ると、日本の病床数の50%は150床未満であり、80%は300床未満であることもわかる（図1）。また、当然のことであるが、経営母体の違いにより一施設あたりの病床数は大きく異なり、国立病院機構（142施設）の病床数は平均381床であるのに対して、国立大学法人（48施設）は682床、医療法人（5,760施設）では150床と大きな開きがある。

また、日本では、病床規模に関連して医業収益等

浜松医科大学医学部附属病院 医療福祉支援センター [†]医師

著者連絡先：小林利彦 浜松医科大学医学部附属病院 医療福祉支援センター センター長

〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山1-20-1

e-mail: tokoba@hama-med.ac.jp

(2020年3月4日受付, 2020年5月8日受理)

Local Uneven Distribution of Physicians: Measures Medical Institutions can Take

Kobayashi Toshihiko, Healthcare and Welfare Support Center, Hamamatsu Medical University Hospital

(Received Mar. 4, 2020, Accepted May 8, 2020)

Key Words: local uneven distribution of physicians, physicians uneven distribution index, community medicine concept, population decline

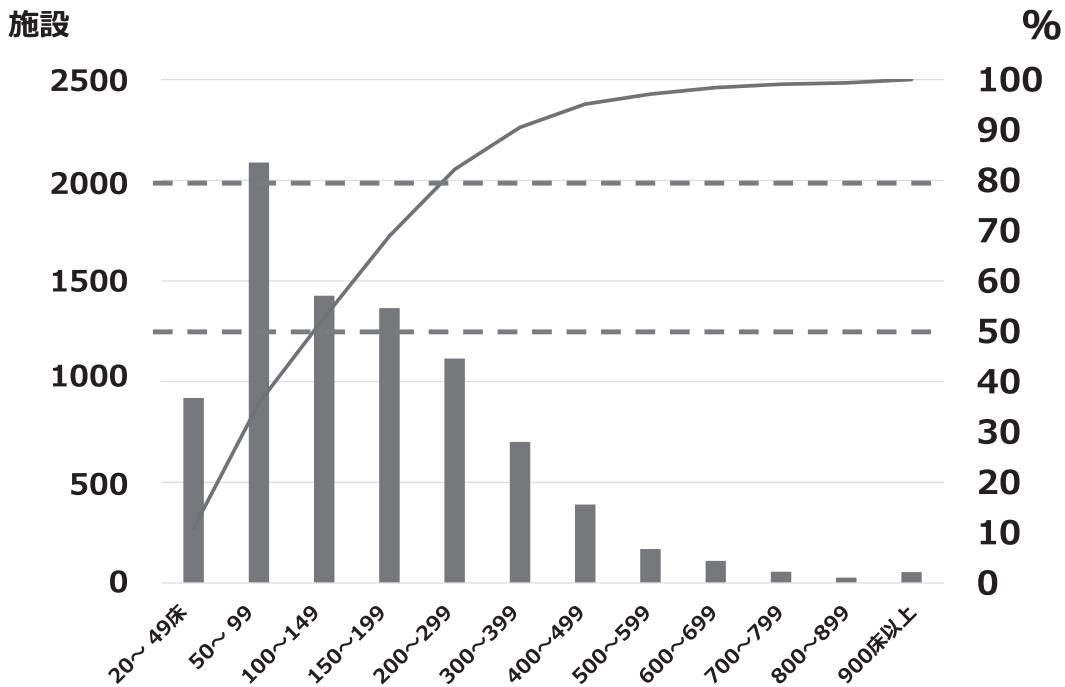


図1 全国の病床数規模と累積比率

の格差が著しいことから、100床以上200床未満の病院経営は案外厳しく、結果として100床あたりの職員数や医師の常勤比率などは低いことが知られている。

人口の地域偏在と医師の地域偏在の実態

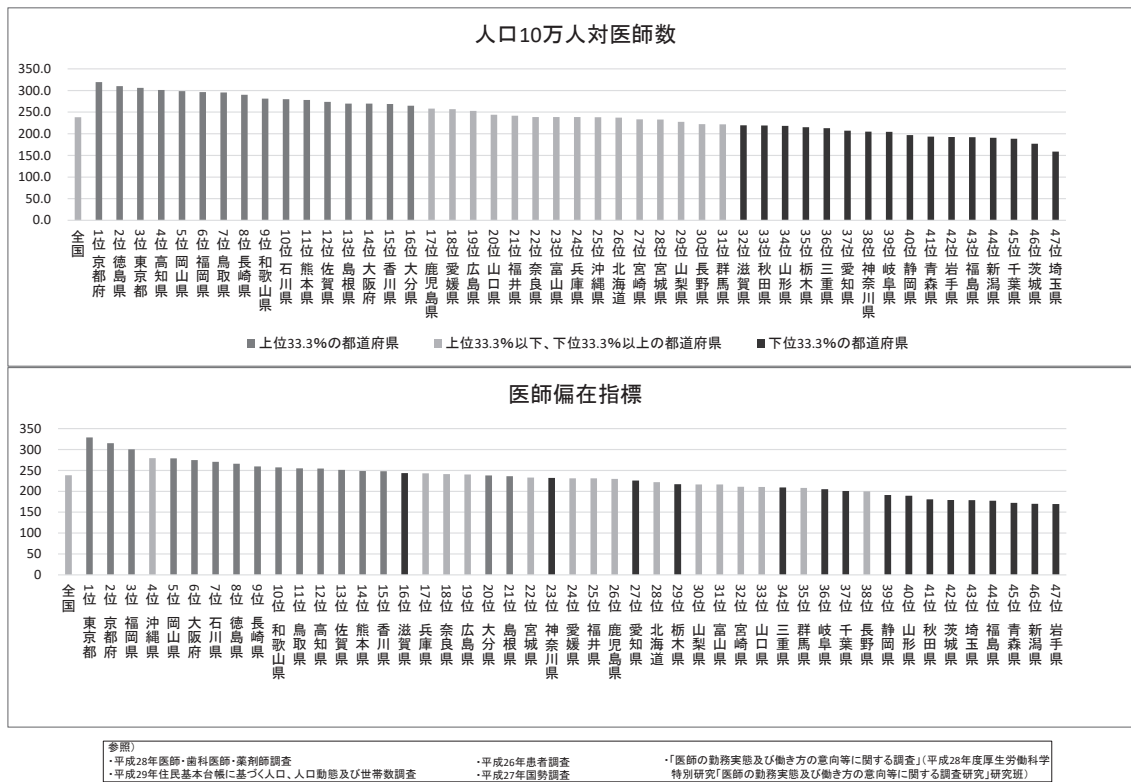
近年、人口減少だけでなく、人口の地域偏在が進んでいる。実際、関東圏には日本の人口の40%近くが在住し、その増加傾向はとどまる気配がない。また、人口減少が進むと街の生活機能も変化することが知られており、地域に10-20万人規模の生活圏域が確保できないと、大学や映画館のほか、救命救急センターのような三次救急医療機関の立地も困難となることが国土交通省から出されている資料²⁾からも推察できる。そのような状況下、これまでは医師の偏在は人口10万人あたりの医師数で評価されてきた。実際、2014年の三師調査（医師・歯科医師・薬剤師調査）³⁾によると、人口10万人あたりの医師数は全国平均が233.6人のところ、京都府は307.9人（最大）、埼玉県は152.8人（最小）であった。一方、従前から行われてきた人口あたりの医師数比較では患者の地域間移動と受療率、医師の年齢分布ほかの情報に加味されていないため、それらを考慮した「医師偏在指標」が厚生労働省により推計され2019年2月に公表された⁴⁾。しかし、それまでの人口10万人

あたりの医師数とは大きな隔たりがみられたことから、全国各地にて大きな混乱を招くことになった。

なお、医師偏在指標は「医師のボリューム（医師数に性別・年齢別の労働時間を加味したもの）」を「患者のボリューム（地域の人口×地域の患者の発生率）」で除すという計算式で推計されており、地域に存在する患者に対して医師がどれくらい配置対応できているか地域間で比較検討するために考案されたものであるが、三師調査をデータ根拠の一つにしていることから、医師の副業・兼業等による移動が考慮されていない問題もあり、必ずしも現況を反映していない部分があることを考慮すべきである。

医師の地域偏在に対してできること

ここまで述べてきたように、日本では人口の地域偏在だけでなく医師の地域偏在も存在する。その原因として、地域の医療機関への医師派遣機能を担ってきた大学医学部（大学病院）の医局制度が、2004年に医師臨床研修制度が開始されて以降崩壊したとの意見がある。しかし、それ以外にも、医師の専門医志向や家族の居住地の問題などさまざまな理由がそこにはあるものと考えられる。実際、多くの人口過疎地域では、急性期疾患等は比較的少なく、多くの症例を経験したいという若手医師には敬遠されがちな状況がある。また、子供が小さい時期は地方での生



厚生労働省の資料⁴⁾
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000504403.pdf>

図2 都道府県ごとの医師偏在指標

活も悪くないが、子供が中学・高校へと進学する頃になると、家族が進学校のある都会への移動（居住）を希望することは珍しくない。結果的に、地域には指導医クラスの医師が不足し、数少ない中堅医師が日常診療に没頭することで労働条件の悪化も進み、そのような状況を知った若手医師もその地に赴く機会が減るといふ悪循環となる。また、若手医師だけでなく中堅医師も不足しがちな地域の病院では、大学病院等からの医師派遣も十分でないまま、より高額な給与条件での医師募集やリクルート関連の派遣会社に医師確保を依頼することとなり、地域で求めている理想的な医師を確保できる可能性はきわめて低くなる。

上述したような「医師の地域偏在」問題は日本各地でよく見かけるものの、それに対する決定的な解決策はいまだ見つからない。その背景には、医師の勤務地や居住地に対する自由選択権が基本的には守られているという現実がある。実際、昔の医局制度においても、一定期間という条件付き派遣が一般的であった。近年、大学医学部の地域枠入学制度が注目されているが、限られた人員枠の中、どこまで医

師不足地域の病院に医師配置ができるか疑問もある。そもそも、地域においてどの地域にどのような診療科の医師がどの程度必要なのか、これまで十分に検証されてこなかったことが問題である。とはいえ、そのような状況下においても、地域の医療機関は何かができるのか考えることは大切である。

医師が少ない病院が考えるべきことは大きく二つあると考える。一つは医師が就職先を決める際の動機を理解した上での任用活動を行うことである。もう一つは、一病院のみで対応するのではなく、他の医療機関や行政、各種団体とも協働し各種対応策を検討することにある。前者に関していえば、医師は若い頃と中堅以降とで、就職先における就労働機が異なるということを経験する必要がある。実際、若い頃は、未熟な自身のスキルを高めるために症例数やよき指導医を求めており、給与等の待遇は二の次でよいと考えていることが多い。その一方で、中堅ともなれば、病院の経営層や幹部職から「一定の業務領域を任せるといった権限委譲を希望していることが少なくない。また、その頃には、給与を含む一定レベルの処遇対応も望んでいるはずであ

る。ただ、問題となるのは、その頃になって、子供の進学校への入学を希望する家族がいるか否かであり、地域にその種の学校がなければ単身赴任での就職を継続できるかどうか次善策となるであろう。したがって、そのような医師のモチベーション（動機づけ）を理解した上での任用活動ができるかが問題となる。これまで、ただ待っていても大学病院から医師が派遣されていた病院では、任用部門の事務職員に十分なスキルが蓄積されていないことから、病院としても当該部門の強化は急がれる。

他の医療機関や行政、各種団体との協働に関してはさまざまなことが考えられる。地域の中小規模の病院では、すべての診療科に満遍なく対応することは困難なことが少なくないはずである。近隣の病院や診療所等との協働は、日常診療だけでなく、若手医師の教育支援などでも同様である。実際、教育環境の充実に費用がかかることは当然であり、それを1施設で負担せず、複数の施設あるいは地域の医師会、行政などと協働することで病院経営的なメリットもあると考える。そのほか、各種補助事業なども活用して、地域のICT（情報通信技術）環境を充実させることは重要である。地域においては、診療面だけでなく、医師個人の生涯教育においても十分な機会が得られにくいので、インターネット環境の整備を通じた教育環境の確保は重要である。

おわりに

以上、紙面の都合上、簡単な記述になってはいるが、日本全体における人口の減少は医師の地域偏在にも大きく影響していることは間違いない。しかし、

医師の確保を従前からの大学病院からの派遣やリクルート会社への依頼等に委ね過ぎず、医師の就労に関するモチベーションの理解や地域全体で共同した対応策を取ることで、一定の成果が得られる可能性は残っている。優秀な医師は給与のみの待遇では必ずしも集まらないことを理解できるとよい。

〈本論文は第73回国立病院総合医学会シンポジウム「医師偏在の解消に向けて - 変わりゆく医師数や労働環境の中で -」において「医師の地域偏在に対して現場の医療機関ができることは何か?」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

[文献]

- 1) 厚生労働省資料：医療施設動態調査（平成30年2月末概数）。
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m18/dl/is1802_01.pdf
- 2) 国土交通省資料：都市圏参考資料。
<https://www.mlit.go.jp/common/001042019.pdf>
- 3) 厚生労働省資料：平成26年（2014年）医師・歯科医師・薬剤師調査の概況。
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/14/dl/kekka_1.pdf
- 4) 厚生労働省資料：医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第4次中間取りまとめ
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000504403.pdf>