

東京大学 公共政策大学院

ワーキング・ペーパーシリーズ

GraSPP Working Paper Series

The University of Tokyo

GraSPP-P-09-002

医師の地域偏在の課題と政策提言

西部裕介 壽福朝子

2009年3月

GraSPP
THE UNIVERSITY OF TOKYO

GraSPP Policy Research Paper 09-002

GRADUATE SCHOOL OF PUBLIC POLICY
THE UNIVERSITY OF TOKYO
HONGO, BUNKYO-KU, JAPAN

GraSPP
THE UNIVERSITY OF TOKYO

医師の地域偏在の課題と政策提言

東京大学 公共政策大学院
事例研究(ミクロ経済政策・解決策分析 II)2008 年度

経済政策コース 西部 裕介
経済政策コース 壽福 朝子

GraSPP ポリシーリサーチ・ペーパーシリーズの多くは
以下のサイトから無料で入手可能です。
<http://www.pp.u-tokyo.ac.jp/research/wp/index.htm>

このポリシーリサーチ・ペーパーシリーズは、内部での討論に資するための未定稿の段階にある
論文草稿である。著者の承諾なしに引用・配布することは差し控えられたい。

東京大学 公共政策大学院 代表 TEL 03-5841-1349

医師の地域偏在の課題と政策提言

東京大学大学院公共政策学教育部 経済政策コース

二年 西部 裕介 (5178100)

一年 壽福 朝子 (5188099)

目次

要約	3
第一章 医師不足の現状分析	5
1.1 医師不足問題の整理 総数不足と偏在	5
1.1.1 医師総数不足	5
1.1.2 医師偏在問題	11
第二章 自治体病院の分析	22
2.1 自治体病院の特徴	22
2.2 自治体病院の定量分析	24
2.3 分析の結果と含意	27
第三章 医師の地域偏在解消に向けた政策提言	29
3.1 短期的政策:公益研修期間の設定	29
3.2 長期的政策案:病院の再編・統合と、医師の地域内ローテーション	32
3.2.1 安定した地域医療提供の必要性	32
3.2.2 病院の再編・統合のための施策	33
3.2.3 病院再編後のあるべき姿	34
謝辞	36
参考文献	37

要約

本稿では、医師不足問題を病院勤務医の総数不足と地域偏在に分類し、その現状と原因を分析した。また、地域偏在問題の解決策を探るために自治体病院に着目し、回帰分析によって自治体病院における医師数の変化要因を分析した。この分析結果を受けて、最後に二つの政策案を提示した。

医師の総数は増加しているにもかかわらずその不足感が拭えない原因として、①病院勤務医の業務が増加していること、②医師の年齢構成が高齢化していること、③女性医の割合が増加していること、の3つが挙げられる。この解決のためには医師の総数を増加させる事が一般的には望ましいと考えられ、昨年、政府もその方向を打ち出したが、医師の養成にはコストと時間がかかるため、さらにコメディカルの活用拡大も検討されている。

他方、医師の総数が増加しても局地的な医師の不足は解決しない可能性がある。まず、近年不足感や過剰労働感が著しいのは病院勤務医であり、開業医に関してはその点での問題が指摘されることはほとんどないことを押さえておく必要がある。第二に、医師の地域偏在が縮小されることが医師不足感をなくすために必要だが、実際には医師の偏在は都道府県「間」では改善傾向にあるものの、都道府県「内」では悪化しているところが多い。

こうした問題の原因は複合的なものであるが、①大学院重点化、②新臨床研修制度、③医師年齢構成の高齢化による開業、の3つが重なって地方病院に深刻な医師不足をもたらしたと考えられている。本稿では医師不足をもたらしている原因について、地方医療で重要な役割を果たしている自治体病院に注目して定量的な分析を行った。

回帰分析の主要な結果は、①病院が所在する二次医療圏の65歳以上人口割合が大きいと医師が減少し、②当該病院が研修指定病院であれば医師は増加し、また、③同期間に看護師が増加していれば医師も増加する、というものであった。ここから、病院の設備・人員水準を十分に高めることが若い医師にとって魅力的な勤務環境となり、地方病院の医師不足解消に貢献しうることが示唆されよう。

政策提言は短期的政策と、長期的政策に分けて行った。

地方病院の医師の不足問題は深刻であり、緊急な対応が求められる。このためにまずは短期的政策として「公益研修期間」を設定すべきであると提言した。これは現在2年間である研修医の前期研修期間を3年間に延ばし、最後の1年間に医師不足病院で研修を行う制度である。この制度により研修医の負担は増加するものの、税や保険料などの国民負担によって維持されている医師という職業の公益性を学ぶのは研修上有益であると判断できる。また、政策の運用に当たっては、現行のマッチング制度を用いることができるため低い運営コストで7,500人を派遣できるというメリットがある。

こうした短期的政策を講じた上で、医師の地域偏在を根本から解決するには、病院立地などの構造的問題を解決しなければならない。本稿では、長期的政策として病院の再編・統合を提案した。医師のキャリアにとって魅力的な病院が地域ごとに設立・整備され、その病院が地域医療の中核を担えば、各地域での医師の確保・定着に有効であると考えられるためであ

る。こうした再編・統合には法制度面での対応その他の多様な政策手段が必要となるが、中核病院の職場としての魅力が増し、その地域全体への人材定着が促進され、さらに中核病院から周辺の提携先の病院・診療所に対する医師の派遣が円滑に実施できるようになり、地域内の医師偏在を「構造的」に改善することが可能になると考えられる。

第一章 医師不足の現状分析

1.1 医師不足問題の整理 総数不足と偏在

医師不足問題は二つに分類される。一つは医師総数不足、もう一つは医師の偏在問題である。この問題を取り上げるにあたり、本稿では医師を病院勤務医師と診療所勤務医師に分類した上で、病院勤務医師を対象として分析する。どの医療機関も少なからず医師不足及び偏在問題の影響をうけていると考えられるが、その中でも診療所より病院の方がより大きく影響を受けていると思われるためである。

1.1.1 医師総数不足

本節ではまず医師総数不足について取り上げ、総数レベルで見たときの「医師不足」の現状と、現状で提示されている解決策について述べることにする。

実際の勤務医師数を見ると、平成 18 年時点での医療施設(病院・診療所を含む)従事医師数¹は 263,540 名である(図 1)。厚生労働省のデータによると医療施設従事医師数は年間約 3,000 名増加している²。病院勤務医師は年間約 2,000 名増加、診療所医師も年間約 1,000 名増加している。医療施設によって医師の増加数に多少の差こそあれ、全体として勤務医師の総数は順調に増加してきた。

平成 18 年の病院勤務医師数は 168,327 人となっており、年次推移をみても過去最大である。例えば、医師数が増加して、かつ病院勤務医師一人当たりの業務量が過去と同程度であれば、その労働環境は改善されたように思えるかもしれない。しかし実際にはそのようには言い切れないようである。病院勤務医師数の増加よりも医師一人当たり作業量の増分が大きい場合、医師の勤務状況は悪化するためであり、実際にこれが起こっている可能性は高い。

実際に、病院勤務医の勤務時間は過酷であると言わざるを得ない。図 2 は、日本病院会が平成 17 年、18 年に行った、病院勤務医に対する勤務時間のアンケートの結果である。回収率が低く、回答の 75%を医長、科部長クラスが占めている点は注意しなければならないが、グラフからは週 44 時間以上勤務している病院勤務医が全体の約 83%にも達することがわかる。この勤務時間には当直が入っておらず、実際の勤務時間はさらに増加すると考えられ、病院勤務医の総数が増加していても依然として過剰勤務からは解放されていないということが分かる。

¹ この「医療施設従事医師数」とは実際に医療施設に勤務している医師数であり、医師国家試験に合格した人数を指す「総医師数」とは異なる。

² 平成 14 年から平成 18 年の「医師・歯科医師・薬剤師調査」より算出

図 1: 厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

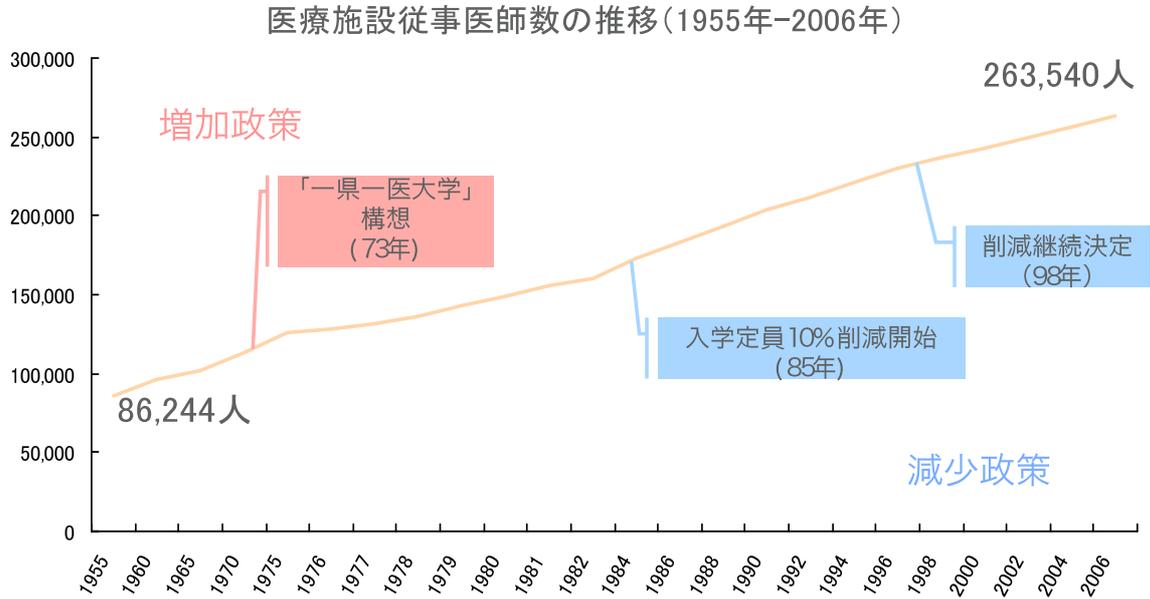
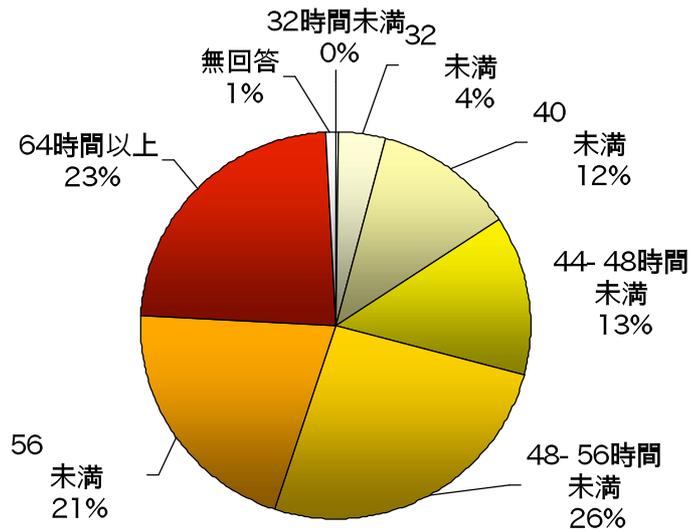


図 2: 日本病院会アンケート調査より作成

勤務先での1週間の勤務時間 当直を除く

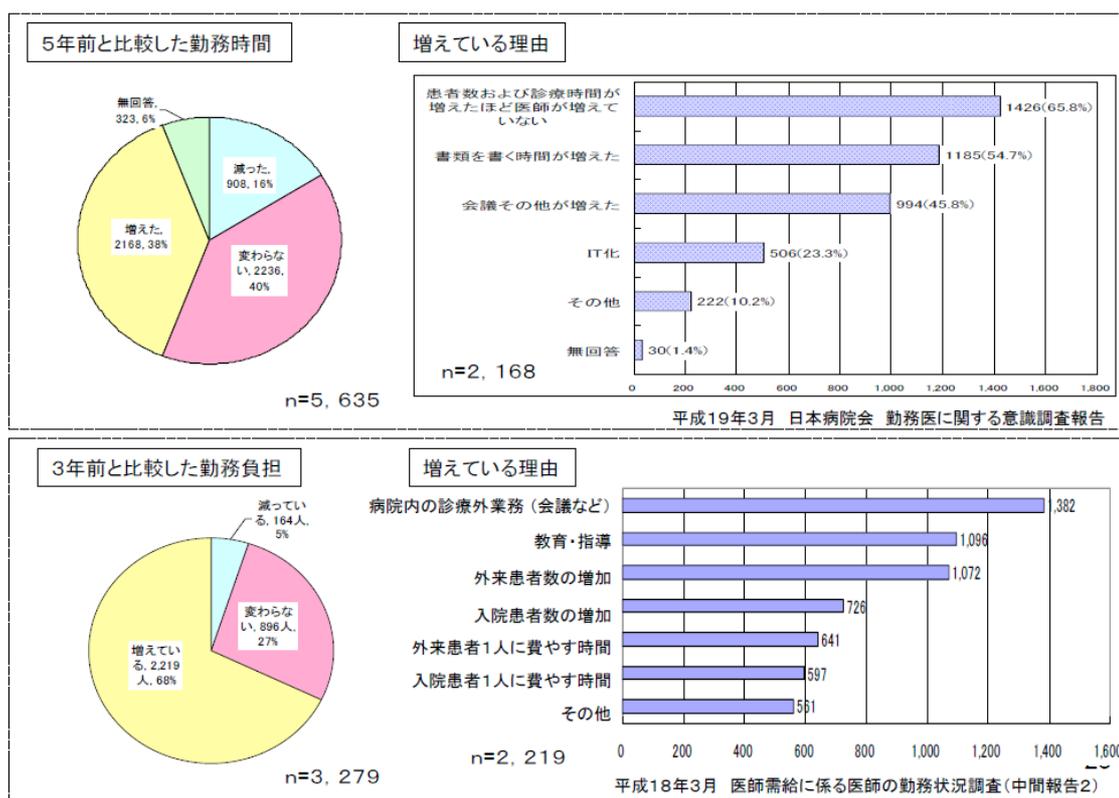


病院勤務医数が増加しているにもかかわらず、勤務時間が減少しないのはなぜであろうか。これについては多くの議論がなされているが、その中から本稿では①病院勤務医の業務増加、②医師年齢構成の変化、③女性医の増加の3つを取り上げる。

①病院勤務医の業務増加

図3は、医師に対して「過去と比較して業務が増加したか」「増加した業務の内容は何か」を質問したアンケートの結果である。それぞれ別の年度であり母集団も異なるが、ここから業務が増加したと回答した医師が多い事が分かる。その理由として、患者が増加したという回答の他に書類の量や会議回数の増加が挙げられている。診療報酬の改定に伴う入院患者回転率の上昇によるカルテ等の書類記入量の増加、チーム医療の導入に伴う会議回数の増加、またインフォームドコンセントの普及による、患者に対する説明時間の増加などが医師の業務量を増加させていると考えられる。

図 3: 社会保障国民会議 4/22 第 3 回 サービス保障分科会資料より引用



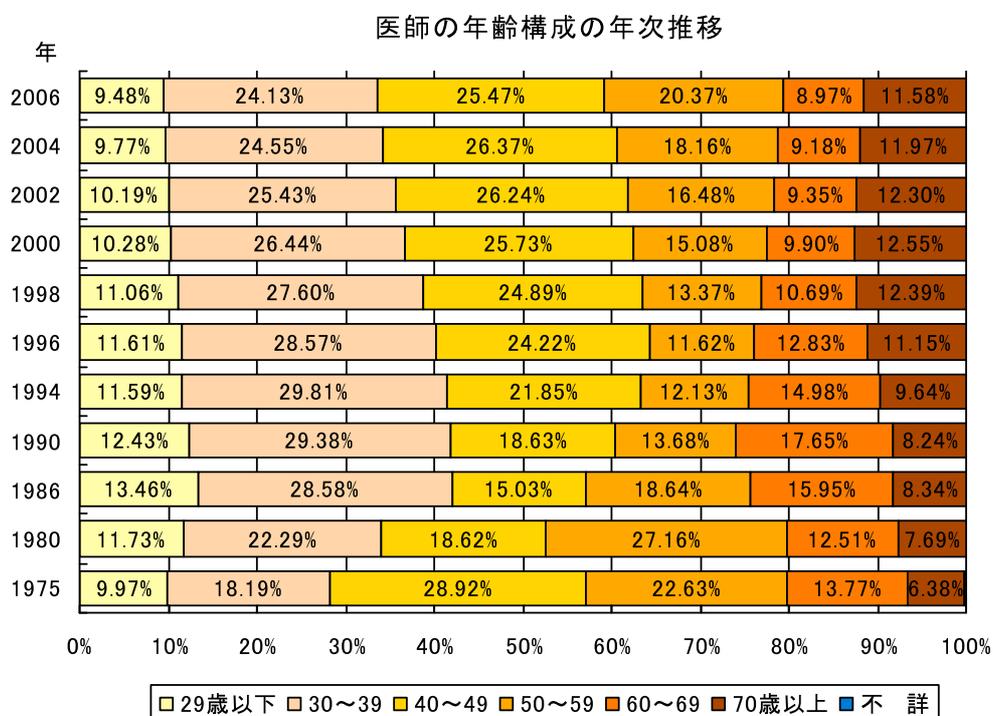
②医師年齢構成の高齢化

医師数を統計的に年齢別でみると、近年では40歳未満の医師の割合が低下し、40～50歳の医師の数の割合が増加していることが分かる(図4)。以前から病院には若年層の医師が比較的多く勤務しており、この世代が過剰勤務に耐えて病院医療を支えてきたといわれている。

医師不足の病院が若手医師を確保できない場合、世代ごとの役割分担のバランスが崩れ、本来若手が行っていた業務を熟練した医師が行わなくてはならない状況が生まれる。熟練した医師の負担が増加すれば、開業やその他の病院への転属する医師は増加するだろう(「立ち去り」型医師不足)。結果として、その病院の医療体制は疲弊していつてしまう。

近年の若手医師割合の相対的な低下は、上記のような若手医師を呼び込めない病院の増加をもたらし、その病院に勤務する40歳以上の病院勤務医の負担を増加させ、さらなる医師流出をもたらすという悪循環が進む恐れも強い。医学部定員を増員して全体として若手医師の割合を増加させると同時に、病院が若手医師を確保できる環境を作り、各病院が安定して医療を提供する事ができる体制にすることも重要であろう。

図4:厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査より作成



③病院に勤務する女性医師の割合増加

病院に勤務する女性医師の割合は、平成18年時点で約30,000名と総数の18.1%を占め、30年前の7.5%からみても増加している(図5)。女性医師と男性医師の相違点は、就業率が大きく異なる点である。病院医として活躍が期待できる60歳までの全期間で、女性医師の就業率は男性医のそれよりも低い(図6)。特に、35歳付近ではその差が最も大きくなっている。医師にとっての35歳付近は、病院において中核的な役割を果たす時期であり、この時期に出産等で女性医師が病院から一時的に抜けると、残った医師の負担は大きく増えると考えられる。よって、女性医師が相対的に増加する場合、それによる業務負担が減少する効果は、男性医

師の増加と比較して薄くなると考えるべきである。

図 5: 厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

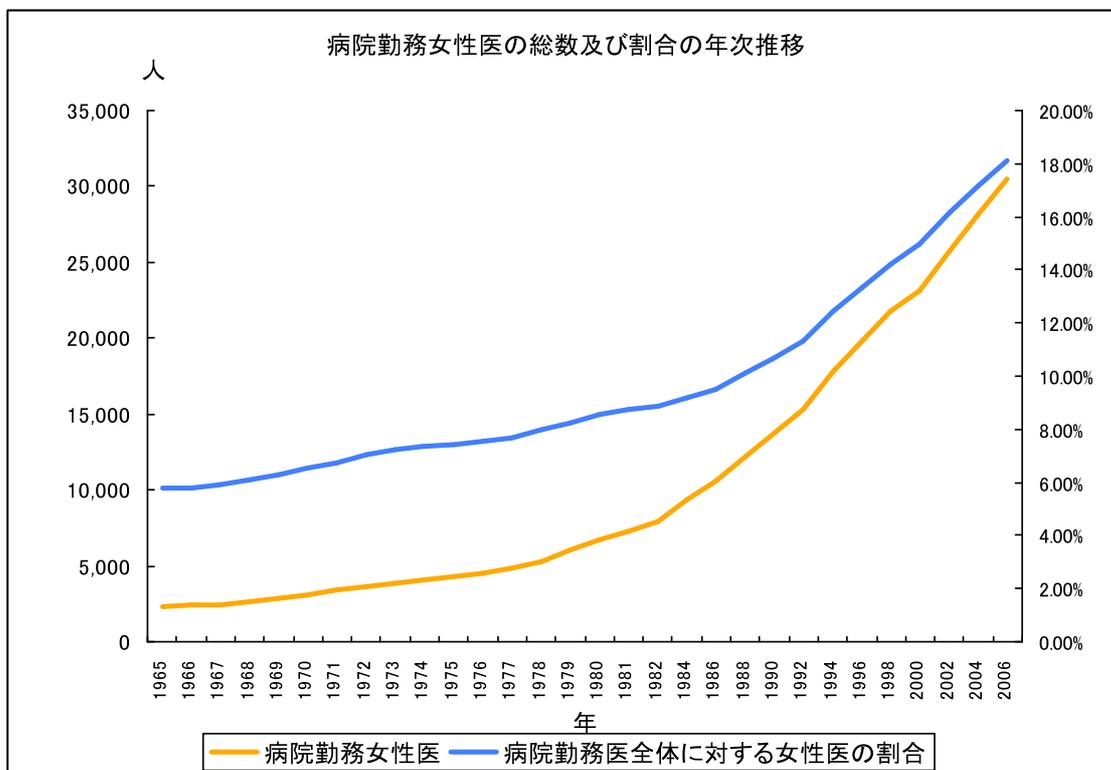
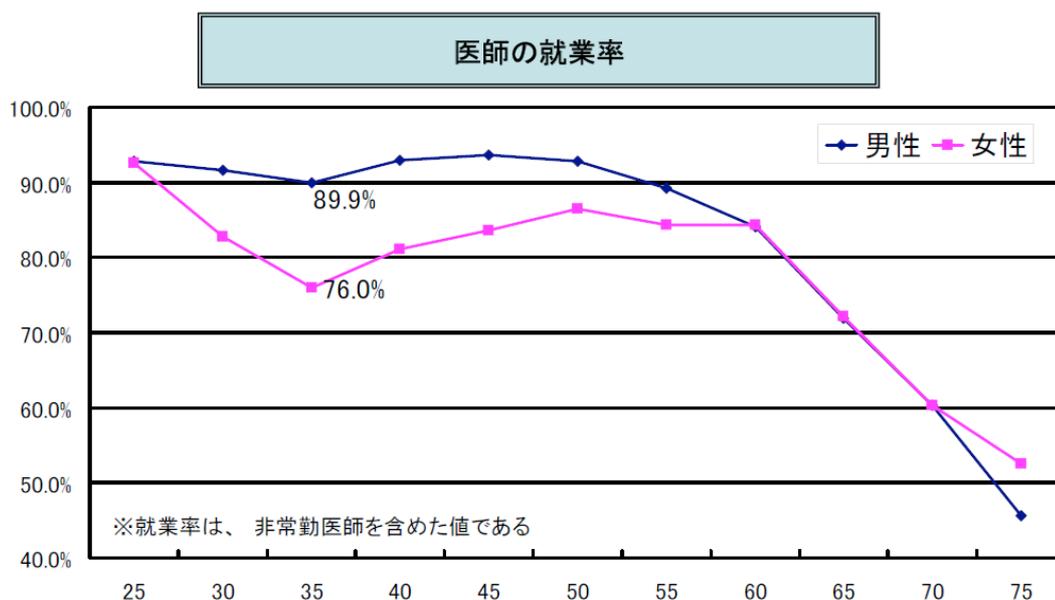


図 6: 社会保障国民会議 10/23 第 8 回サービス保障分科会資料より引用



このように医師総数レベルの不足が有識者や報道によって主張されてきたことを受け、政府は平成 21 年度の医学部入学者定員を約 760 名増加させることを決定し、10 年後には定員を 1.5 倍の 12,000 名程度まで引き上げるべきであると提言している³。医師の年齢構成変化の観点からすると、医学部定員の増加によって若年層医師の割合を増加させれば、既存の病院勤務医の負担軽減への貢献は期待できる。その点で医学部定員の増加は評価できるが、一方で医師養成には多大な費用がかかることも念頭に置かなければならない。これを賄うための財源確保がこの政策の課題であるといえる⁴。

また医師の増加策は業務量の増加との兼ね合いで評価する必要がある。特に上記①で指摘した業務量の増加に関しては、医師の業務を他の医療従事者が代行できれば育成コストが高い医師の数をそれほど増やさなくても対応できる。例えば、書類記載、診察や検査の予約、病院内の物品補充などは医師免許がなくても行える業務であると思われる。近年注目されているメディカルクラークは、これらを医師に代わって行う職として導入が進められている。さらに、医療行為に近い範囲であっても、静脈注射や事前の医師の処方に基づく薬剤投与量の調節、緊急時のトリアージなどは看護師による対応が可能だと考えられている。米国の一部の州では、看護師が薬物の処方と管理を行う州もあり、フランスではある一定の専門資格があれば麻酔医でなくとも全身麻酔を行えるケースもある。認定制度の違いなど、安易に欧米諸国と比較はできないが、看護師にそのような業務を分担することができれば医師の過剰勤務も幾分か解消されうる。実際に、医師だけでなく、医師・看護師等の保健医療分野の就業者数は 2000 年の約 178 万人から 2006 年の約 203 万人まで増加している。看護師の供給体制についても、平成 18 年の 1,272,400 名から 4 年間で 118,100 名増加させ、平成 22 年には 1,390,500 名になると見込まれている。また、社会保障国民会議などが提唱したように、今後法制度を改正してコメディカル(医師以外の専門職)の業務範囲を拡大することで、医師の業務量の軽減を実現することが必要だろう。

このように、医師不足問題に対しては、政府による医師増加策や制度改正によるコメディカルとの協力体制など、政府の解決策も提示されている。しかし、医師総数の不足が解決されたとしても、医師が偏在していれば局所的な医師不足は改善されず、国民全体に医療があまりなく行き渡る状況は実現されない。次節からは医師の偏在の問題点とその原因を議論していく。

³ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/09/dl/s0922-6a.pdf> を参照。

医師養成数を 1.5 倍にする点については、

http://ryumurakami.jmm.co.jp/dynamic/report/report22_1368.html が参考になる。

⁴ 上記 HP によると、毎年 400 人ずつ、10 年かけて 4,000 人増やし、患者需要がピークとなる 2030 年を目処に医師養成定員を減らすとすると、医師養成のための公的費用は 1,800 億円に上ると試算されている。

1.1.2 医師偏在問題

医師偏在の問題は地域偏在と診療科偏在に分類される。本稿では地域偏在に焦点を当て、診療科偏在は扱わないが、産科医や救急医の減少など、診療科の偏在は多くの問題を抱えている事は考慮に入れておくべきであろう⁵。

医師の地域偏在が拡大すると、実際どのような問題が発生するのであろうか。ここではあえて極端な例を挙げて考えてみたい。

医師の地域的偏在が極端に拡大すると、全医師が都市部に集中し、地方にはほとんど医師がいなくなる。そうなれば、仮に医師総数に不足がなかったとしても、地方の住民は診療を受ける為に都市部に通わなければならない。場合によっては都市部に移住しなければならないこともあるだろう。こうした偏在状況下では、手術や緊急措置を扱う急性期医療については生死に関わる事態も発生するだろうし、それ以外の医療においても生活上大きな不安と負担の種となり、国民がそのような状況を受け入れるとは現実的には考えにくい。近年診療科閉鎖や病院の閉院が社会的に大きな問題とされているのも、こうした医療に対する国民の期待がある。現状では上記のような極端な状況にはなっていないが、何の対策も無いまま放置すればこの状況に近づいていく懸念がある。

医師偏在問題について分析した松井他(2008)によると、都道府県「間」の医師偏在は縮小傾向にある(図7)。人口10万人あたりの都道府県平均医師数は、1975年には約111人だったが2006年には約211人に増加し、またその変動係数⁶は21.4から16.5に減少している。

しかしながら、都道府県「内」の医師偏在は拡大しているのである。2002年から2006年にかけて対人口比で医師数が減少した二次医療圏は358中93医療圏にのぼり、病院勤務医が減少した医療圏は358医療圏中124圏となっている。また、都道府県「内」の変動係数の変化を見ると、10万人当たり医師数が増加した都道府県のうち29道県で変動係数が増加していることがわかる(図8)。

⁵ 診療科目の偏在に関しては松井他(2008)で議論されている。

⁶ 変動係数とは、標準偏差を平均値で割った値であり、変動係数が大きいほどばらつきが大きいことを表す。

図 7: 都道府県間変動係数・10 万人当たり医師数の推移
厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

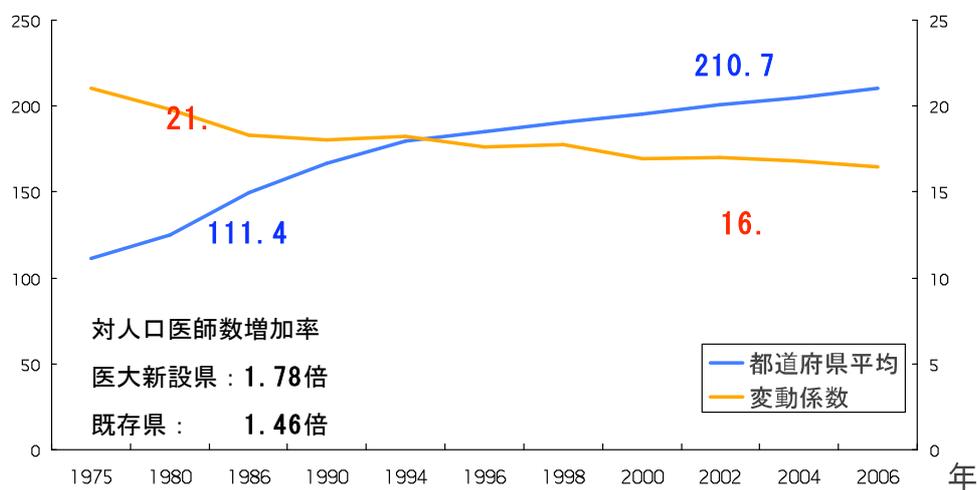
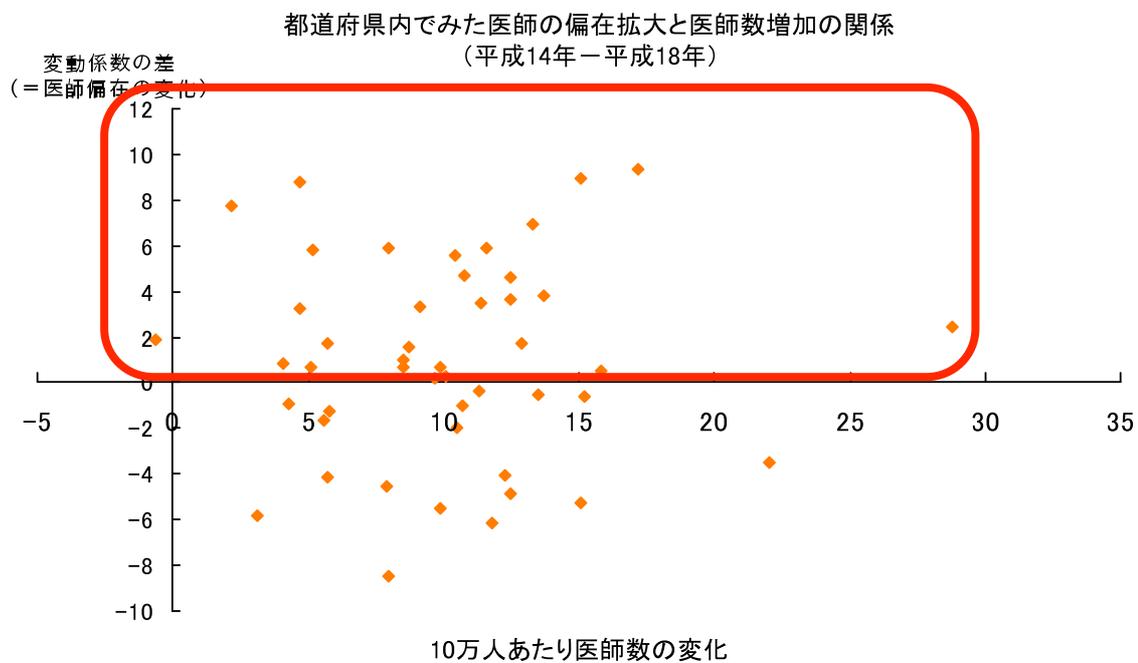


図 8: 厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査より作成



半数以上の都道府県で医師の地域偏在が拡大しているということは、それだけ多くの地域で医療アクセスが悪化しており、医師の負担が増加しているということである。この偏在の拡大の要因は様々あると思われるが、本稿では①1990年から開始された大学院重点化、②新臨床研修制度、③医師年齢構成の変化と開業による病院の疲弊の三つをその要因として説明したい。

① 大学院重点化

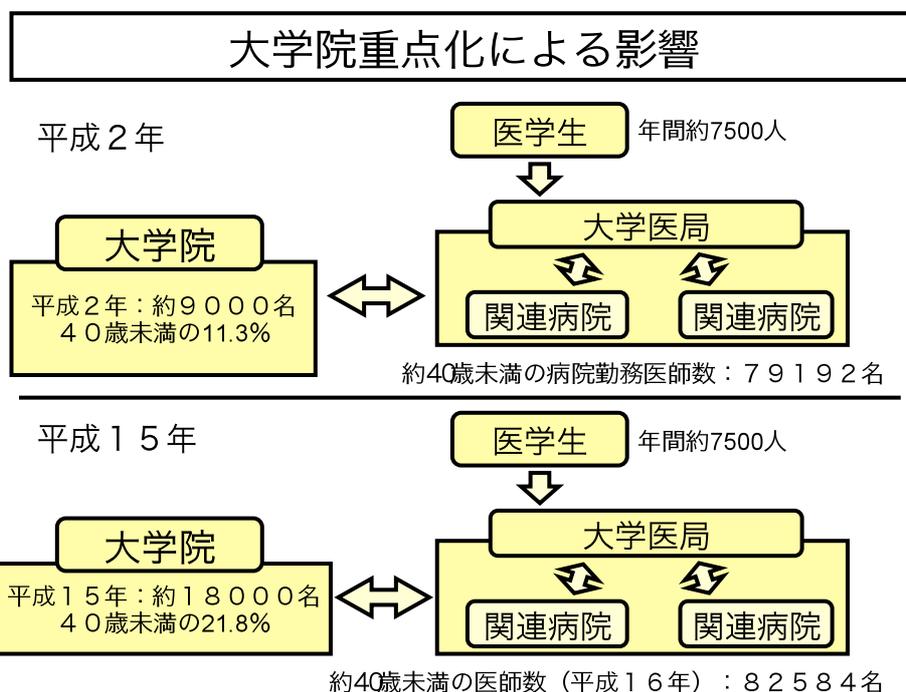
大学院重点化とは、大学の教育研究組織を大学院中心の組織に変更していくことであり、平成3年頃から旧文部省によって推進された。この制度は、大学院博士課程への進学者の大幅な増大をもたらすこととなり、その影響は医学部にも及んだ。専門的な医学研究を学ぶ意欲のある多くの医師は、旧帝国大学などの大学院に入学し、自らのキャリアに役立つ知識を身につけようとしたのである。実際、平成15年の医学系大学院博士課程在籍人数は約18,000人であり、これは平成2年の約2倍の水準となっており、大学院に入学すると思われる年代(20歳代後半～40歳)に占める構成割合は、11.3%から21.8%に増加している(図9)。

この大学院重点化が地方病院における医師の減少をもたらした可能性は高い。現在、医学分野における大学院重点化は国公立大学を中心に27大学で完了しているが、これらの大学に医師が集中してしまい、それを埋め合わせるために大病院は地方病院の医師を引き抜いているという。地方病院は引き抜かれた医師を補填する事ができずに疲弊していつてしまう。

大学院重点化によって大学に集中するのは若年層の医師だけではない。大学院における教育を維持するためには教員を増員する必要があるため、大学は医局から地方に派遣していた経験豊富な医師を引き揚げ、教員に充てている。詳しくは後述するが、新臨床研修制度によって新たに大学医局に加入する医師が減少したこともあいまって、地方病院は引き揚げられた医師を補填する事ができず、残った医師の負担が増加しているのが現状であると思われる。

ただし、医学系大学院は専門的知識を身につける場として有効であり、大学院重点化政策が無意味な政策だったとは必ずしも言い切れない。近年の医療技術の発展は目覚しく、その知識を身に付け、活用する人材が増加することは国民の便益増大に繋がると考えられるためである。

図 9



② 新臨床研修制度による医師キャリアパスの変化

平成16年から開始された新臨床研修制度は、①医師としての人格の滋養、②プライマリ・ケアへの理解を深め患者を全人的に診ることができる基本的な診療能力の取得、③研修医がアルバイトをせずに研修に専念できる環境を整備すること、を目的として設立された。従来は任意であった1年間の研修制度⁷を2年間の必修としたことが特筆すべき点であるといえる。この制度が施行される以前は、研修医が所属する病院の大部分は大学付属病院だったが、施行後は研修指定病院が市中の公立病院及び民間病院(以下、市中病院と称す)まで広がり、研修医はより良い条件の研修先を求めて、以前より自由に移動することが可能になった。

新臨床研修制度以前、医師のキャリアは大学医局に依存する部分が大きかった。医師国家試験に合格した医学生のうち8割を超える医学生が大学卒業後に各大学の診療科の医局に入局し、約40歳まで医局員としてキャリアを形成していた。詳細は後述するが、その過程で大学医局は市中病院からの要請を受け、所属する医師を派遣することが慣例となっていた。多くの場合、医師が40歳を過ぎると、医局における上級職や市中病院の管理職クラス、開業など、医局の人事から離れて医療活動を行う慣行があった。

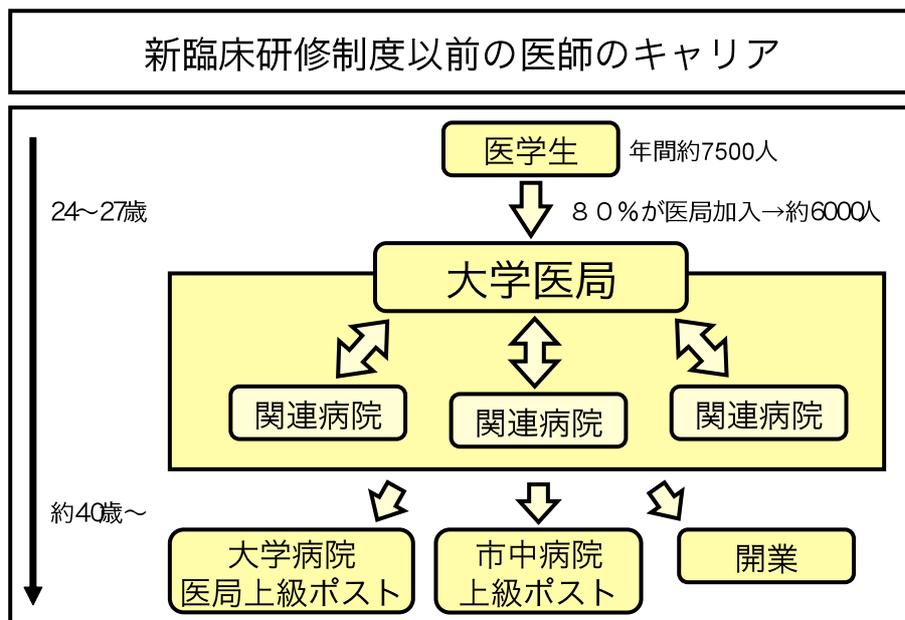
医局制度は公に認められた制度ではなく、加入などの手続きは全て医師の任意で行われている。それでも平成16年度まで安定して医師を確保してきたのは、所属する医師にとっての

⁷ 医局加入者は1年間研修を行う慣習があったため、任意といっても殆どの新卒医は研修を行っていたといえる。ただし、研修内容は診療科に特化したものだった。

メリットが非常に大きかったからに他ならない。ある程度の収入、職の安定、十分な臨床経験、人的ネットワークなどを得るには医局が最も効率の良い組織だったと言える。

医局制度が医師の労働市場において大きな影響力を持っていた平成 16 年までの状況を図 10 に示した。医局の特徴は様々あるが、労働市場に最も大きな影響を与えていたのは人事ローテーションと呼ばれる医師の派遣制度である。医局人事の影響下にある約 40 歳までの間、医局員は半年～3 年間を目処に各大学医局に属する市中病院に派遣されていた。これには二つの効果があった。一つは医局員が市中病院において臨床経験を積めること、もう一つはそれらの病院が医師を確保できることである。約 40 歳までの医師の 8 割以上が医局に加入していた状況から、市中病院の多くが何れかの大学病院の関連病院であり、各病院の医師確保は医局の人事ローテーションによって成り立っていたといえる。

図 10

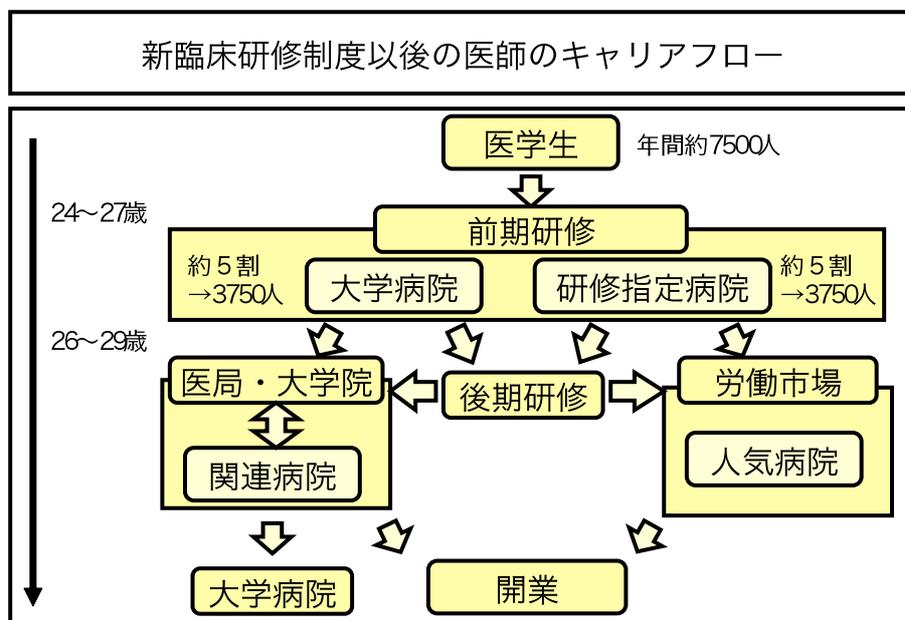


平成 16 年に開始された新臨床研修制度は、長期に渡り安定して市中病院に医師を供給していた医局制度を不安定なものにした。平成 16 年以降の医師のキャリアパスを描いたのが図 11 である。新臨床研修制度によって、医師国家試験合格直後の医師は 2 年間の前期研修を義務付けられた。制度施行以前は、約 8 割の医師が大学医局に加入し、1 年間の臨床研修を積んでいたが、新臨床研修制度においては研修指定病院として認定されている市中病院でも研修ができるようになった。結果として、大学医局に入局せず、それ以外の研修指定病院に直接所属する医師が増加した。約 8 割だった大学医局への入局者は 4 割～5 割に落ち込み、年

間約 7,500 名⁸いる新卒の医師のうち約 3,000～3,750 名が大学医局に加入しなくなったことになる。つまり、医局加入者の割合が年間約 8 割だった時点と比較すると、1 学年につき約 3,500 名が人事ローテーションに入らなくなってしまった。

さらに、研修期間が 1 年から 2 年になったことで、最若手の医師約 7,500 名の医療サービス提供が一年間遅れることになった。もちろん、実際には OJT の一環として、研修期間中であっても診療行為は行っており、新研修制度導入による医療サービス提供への貢献の削減効果（＝現場医師の業務負担増効果）は 7,500 人分よりは相当程度少ないだろう。しかし、以前と比較すると 30 歳未満の医療サービス従事者層が貢献している業務量が減少し、現場の負担感がそれだけ高まっているのが現状であると思われる。

図 11



平成 18 年時点で病院勤務医の総数は約 168,000 名であった。また新臨床研修制度導入後であっても毎年約 7,500 名の新規医学部卒業生が輩出されており、日本全体での人材供給は損なわれていない。こうした全体の数字から見れば、研修期間が 1 年間増加した分だけ若手医師貢献が実質減少したことや、約 3,500 名が人事ローテーションに入らなくなったことのマクロの医師需給バランスに与える影響は限定的ではないかとも考えられる。

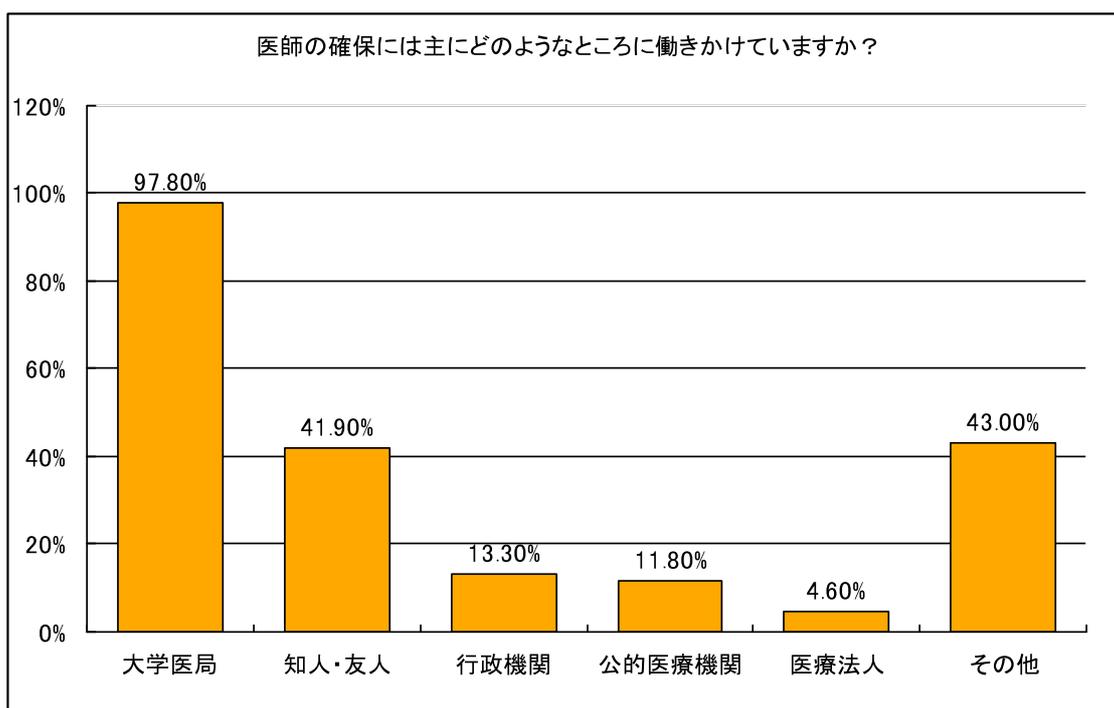
しかし、マクロの需給バランスには大きな変化がなかったとしても、地域別・医療機関別の医師需給に大きく異なる影響を及ぼしている可能性が推測される。つまり、研修医や若手医師を引きつける設備・人員を擁する病院では影響が少ない一方、市中病院、特に医師を独自に確

⁸医師国家試験の合格者は、平成 19 年で 7,535 名、平成 20 年で 7,733 名であった。

保する力の弱い病院では、医師不足状態が顕在化、恒常化していると考えられる。その主たる原因は新臨床研修制度導入による大学医局派遣医師の「引き揚げ」と、若手医師を巡る労働市場の自由化に伴う研修指定病院間の研修医獲得競争の激化であり、この二つが医師のキャリアパスを大きく変化させ、医師の地域偏在を拡大させたと考えられる。

新臨床研修制度によって、大学病院の各医局の医師数は医療を提供することが困難なほど減少し、その是正のために市中病院に派遣していた医局員を呼び戻した。これが「引き揚げ」と呼ばれる現象である。平成16年以前は、医局が市中病院からの派遣していた医師を異動させる際には、後任に新たに医師を派遣していたが、医局加入者の減少と大学院重点化に伴う教員補填のため、新たな派遣は不可能となってしまった。これが原因となって各病院で著しい医師の不足が発生したのである。医局の医師派遣に大きく依存していた市中病院の多くでは、新たな方策が見出せていない。日本病院会のアンケート結果がそれを如実に物語っている(図12)。

図12: 日本病院会アンケートより作成



新臨床研修制度の開始とともに大学医局に加入する医師が減少したのは、医師がより魅力的な病院で臨床研修を受けた方が自らのキャリアアップに有利であると考えているためである。臨床実績が豊富なのは診察や手術を主に行っている市中病院であり、大学病院は基本的に研究機関という色彩が強い。これは臨床研修を積ませるために医局員を関連病院に派遣して

いた事からも分かる。この事から、国家試験合格後、医師の半数以上は研究の場である大学病院ではなく、市中病院で臨床研修を望むようになったのである。

臨床研修は前期研修と後期研修に分かれている。今回の制度で義務づけられたのは2年間の前期研修であり、厚生労働省によって認可された、研修指定病院⁹で行われる。新卒の医師がどの指定病院で研修を積むかは、医師臨床研修マッチング協議会が運営するプログラムによって決定される。平成20年に行われたマッチング定員総数(マッチングによって病院が受け入れられる人数)は10,109名であり、同年の医師国家試験合格者が7,733名であったことから、新卒医師が研修指定病院を「選ぶ」状況となっている。つまり、各研修指定病院同士は医師確保の競争を行っており、医師にとってより充実した研修プログラムを提供できる病院が有利となっているのである。

市中病院が研修指定病院に指定されるには、研修を行うのに相応しい、十分な設備を保持している必要がある。その研修指定病院間でも医師獲得競争が起こっているならば、研修指定病院となるほどの設備を持たない病院は医師の確保が困難となることが強く推測される。実際、松井他(2008)では研修指定病院のある二次医療圏は医師の確保がある程度達成されているが、研修指定病院の無い二次医療圏では医師の確保は困難であり、医師数は実際に減少しているという分析を行っている。

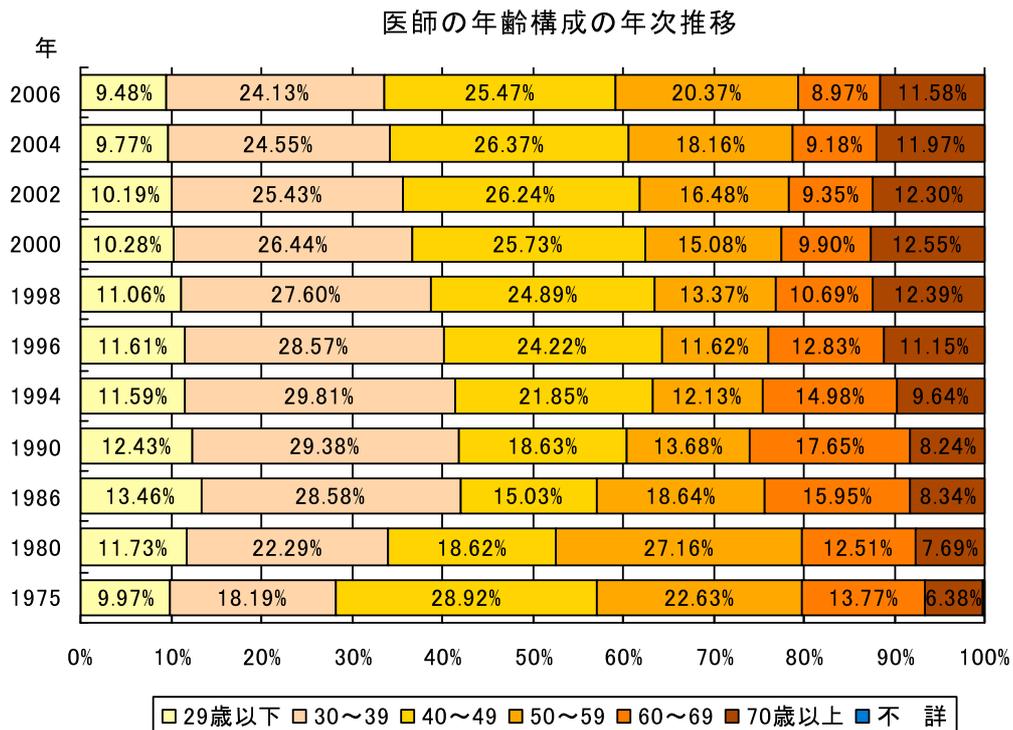
③ 医師年齢構成の変化と開業による病院の疲弊

大学医局からの医師引き揚げにあった地方病院の多くは医師を新たに補填できていない。その結果、これらの病院に残った医師の業務量は増加し、その結果残った医師も辞めてしまうという悪循環をもたらした。しかし、その側面は地方病院の医師数減少の全てを示しているとはいえない。

図13は、1.1節で示した医師の年齢構成の推移である。上でも述べたとおり、40歳～59歳の割合が上昇している。

⁹ 研修指定病院には大学病院と市中病院が含まれる。規模としては、病床数300床以上、年間入院患者数3,000名以上、他に内科、精神科、小児科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻いんこう科、及び放射線科の各診療科がそれぞれ独立して設置されていること、常勤医師数(内科5名、外科4名、産婦人科3名、他診療科2名以上)、各診療科に指導医がいること、臨床検査室、放射線照射室、手術室、分娩室等の設備が相当数あることなどの条件を満たしている必要がある。

図 13(再掲):厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査より作成



前述のように医師にとっての 40～59 歳は、大学医局の人事からはずれ、大学医局の上級ポストや市中病院の診療科長級、開業というキャリアを踏む段階である。医師の総数が増加しており、かつこの年齢層が相対的に増加するという事は、開業する医師が多いということを示唆している。確かに、病院、診療所双方において、40～59 歳の医師数は増加傾向にある(図 14、図 15)。特に診療所においては、50～59 歳の医師数増加が著しく、この年代の多くの医師が病院から診療所に移っている、つまり多くの医師が開業している事が予想される。

病院勤務医師が開業などで病院を離れるならば、地域医療を維持するために病院は人材を補填しなければならない。しかし、若手医師の数は相対的に減少しているため、十分な補填ができない病院が少なからず存在する。さらに、若手医師が確保できない病院に勤務する医師の負担は増加し、開業に拍車をかける。このような悪循環が医師の年齢構成の変化によって引き起こされている可能性が高い。

図 14:厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

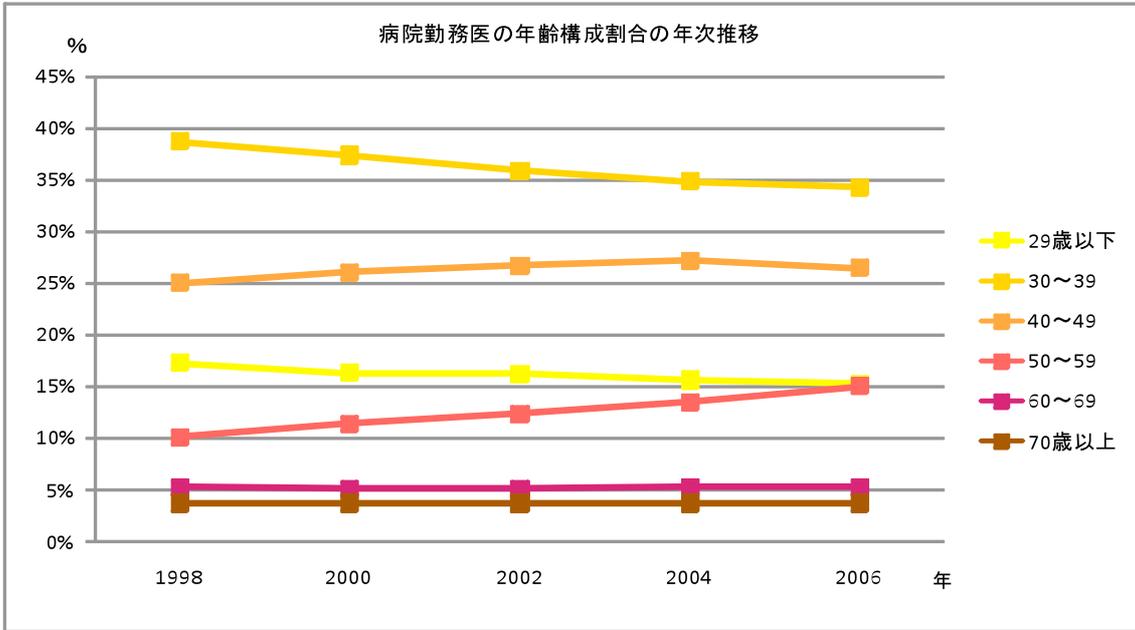
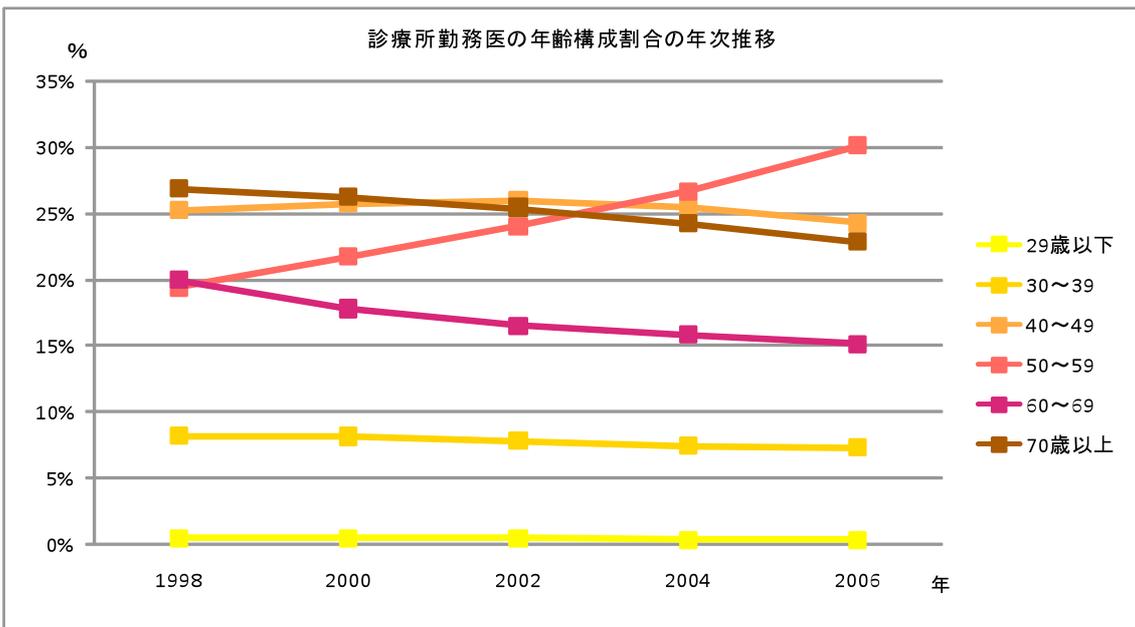


図 15:厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査より作成



①～③より、病院勤務医師が偏在する要因は複合的である事がわかる。まず大学院重点化及び新臨床研修制度により若年・中堅医師の医療サービス従事者の供給が全体として減少するとともに、キャリアアップの職場として魅力のない地方病院への人材供給は特に大きく減少した。さらに壮年期医師の割合の相対的な増加により、病院から離れ、開業する医師も増加した。残った医師には業務負担がさらに増加し、疲弊して病院を去っていくという悪循環が生まれる。結果として、新たに医師を獲得できない病院は診療科の閉鎖や閉院を余儀なくされていく。

特に新臨床研修制度の施行によって、医師のキャリアパスに多様性が出てきた。大学医局が行ってきた医師派遣は弱体化し、今後、医師は自らの選択でキャリアを積んでいくことになる。そのような状況の中で、病院が医師を確保できる要因は何なのか、逆に言えば、病院が医師を呼び込むことのできない原因は何かを知る事は、今後の政策立案にとって良い手がかりになるのではないか。次章では、自治体病院に焦点を当て、医師が不足する病院の特徴を分析し、政策として何を行うのが最適かを探る。

第二章 自治体病院の分析

2.1 自治体病院の特徴

自治体病院は、医療法に定められた病院の区分とは異なり、地方公営企業法で分類されている。それによると、都道府県・市町村及び条例によって定められる事務組合(国区民健康保険組合など)や広域連合によって運営される病院が自治体病院とされている。その大部分が都道府県立・市町村立であり、その数は平成18年で973施設である。全国の病院数は8943施設であるから、自治体病院は全体の約10%を構成している。病床規模は平均約200床、平均医師数約25名である。

自治体病院が地域医療に果たす役割は大きい。病院の経営はその周辺地域の人口構成に影響される部分が少なからずある。過疎地域であれば当然経営も厳しいものになるだろう。それ故、経営赤字が予想され民間病院の開業が期待できない地域でも、その地域の住民ニーズに応えるために設立された自治体病院も少なくない。

自治体病院に勤務する医師の状況を見るために、開設者別の常勤医師数の推移を示したのが表1である。自治体病院の多くを占める都道府県立・市町村立病院で平成15年と18年の間で医師が大幅に減少し、その他の医療機関では医師が増加していることから、自治体病院は医師の偏在の影響を被っている病院が多い事がわかる¹⁰。

表1:常勤医師数の推移 厚生労働省:病院報告より作成

	平成15年常勤医師数	平成18年常勤医師数	差
総数	136,407	139,820	3,413
国	21,766	21,121	-645
厚生労働省	5,698	885	-4,813
その他の国	16,068	20,236	4,168
公的医療機関	42,458	42,382	-76
都道府県	9,798	9,547	-251
市町村	19,853	19,115	-738
その他の公的医療機関	12,807	13,720	913
社会保険関係団体	5,350	5,523	173
公益法人	7,030	7,439	409
医療法人	34,116	34,954	838
その他の法人	20,813	24,346	3,533

¹⁰ 表中で、国の医師数が減少しているが、これは、この間国立病院の独立行政法人化が進んだためであり、単なる組織変更の影響である。

会社	1,976	2,072	96
個人	2,898	1,983	-915

実際は自治体病院間でも格差が生じており、医師数を増加させた病院もあれば、深刻なほど医師数が減少してしまった病院もある。

分析を行った 866 病院¹¹のうち、新臨床研修制度が開始された平成 16 年を挟んで医師が減少した(平成 15 年と比較して平成 18 年に医師が減少した)病院は 447 病院であり、半数以上の自治体病院で医師が減少していることになる(表 2)。医師数が減少した病院のうち、137 病院が研修指定病院であることから、研修指定病院であっても医師が減少するケースも少なくないと言えるが、後述するように医師の減少率が大きいほど研修指定病院でない確率は高まる。

表 2: 自治体病院の内訳 地方公営企業年鑑より作成

	病院数	うち研修指定病院数
医師が減少した病院	447	137
50%以上減少	33	0
25～50%減少	133	13
25%以下の減少	281	124
医師が増加した病院	419	174
計	866	311

平成 15 年から 18 年にかけて医師が 50%以下になった自治体病院は 33 病院あった。これらの病院は病床に比して医師数が全く確保できておらず、過剰勤務となってもおかしくない状況におかれている。この 33 病院の中に研修指定病院は無く、病床数が少ない病院が多い(100 床以下が 24 病院)。この中には 80%以上医師が減少している病院もある。それらの病院の多くが医師平均年齢を上昇させており、比較的若い医師が辞めていると推測される。大学医局から派遣されていた若手の医師が引き揚げられてその後任を補うことができないために、医師数の大幅減少が起こったと考えられる。

また、医師数が 25%～50%減少した自治体病院は 133 件あった。これらの病院でも医師の確保ができておらず、患者数や業務内容に変化が無ければ医師一人あたりが行う業務は単純に計算して 1.5～2倍になっているはずである。このうち研修指定病院はわずか 13 件であった。殆どが研修指定病院ではなく、さらに 133 病院のうち 4 分の 3 の病院で平均年齢が上昇していることから、医師の確保をそれまで大学医局に頼ってきて、若手の補充がままならない状況が推測される。

¹¹ 医師数のデータが取れないなどの理由で 100 件程度の病院を分析に用いる事ができなかった。

25%以下の減少で済んでいる自治体病院は281件あった。これらの病院は、新臨床研修制度によって医師数確保に困難が生じているものの、後任の補充がかなりの程度可能であり、その悪影響は比較的軽微だったと考えられる。281病院のうち124病院が研修指定病院であり、残りの157病院が研修指定病院ではない。このことから、次のような解釈が可能である。

研修指定病院については、大学医局に頼ることなく前期研修段階で医師の確保がある程度可能である。しかし、研修指定病院の間にも症例や研修プログラムの質などの差が存在し、医学生にとって人気の指定病院もあればそうではない指定病院も存在する。従って研修医を十分に確保できなかった研修指定病院も存在すると言える。

一方、研修指定病院ではない157病院に関しては、①大学医局との関連が強い病院でありその関係は変化していないが、派遣される医局員の数が増加したために医師数が若干名減少したか、②小規模な病院であり、大学医局による医師の派遣は元々少なかったために医師数の減少幅が小規模だった、というような原因が考えられる。

次節では、上記の記述統計による分析を回帰分析によって深め、医師数が減少(増加)する病院の特徴には何があるのかを詳細に探る。

2.2 自治体病院の定量分析

医師数の増加、減少をもたらす自治体病院の特徴を探るため、以下では前節にて用いた平成15年および18年の自治体病院に注目して、定量的な分析を行う。病院*i*における医師数、患者数、医師基本給、看護師数、および技術員数それぞれの変分を説明するために以下のような同時方程式による回帰モデルを考える。

$$y_{i1} = \beta_0 + \beta_1 y_{i2} + \beta_2 y_{i3} + \beta_3 y_{i4} + \beta_4 y_{i5} + \beta_5 x_{i1} + \beta_6 x_{i2} + \beta_7 x_{i3} + \beta_8 x_{i4} + \beta_9 x_{i5} + \beta_{10} x_{i6}$$

$$y_{i2} = \delta_0 + \delta_1 y_{i1} + \delta_2 y_{i4} + \delta_3 x_{i2} + \delta_4 x_{i3} + \delta_5 x_{i5} + \delta_6 x_{i6} + \delta_7 x_{i7} + \delta_8 x_{i8}$$

$$y_{i3} = \pi_0 + \pi_1 y_{i1} + \pi_2 y_{i2} + \pi_3 x_{i8} + \pi_4 x_{i9}$$

$$y_{i4} = \gamma_0 + \gamma_1 y_{i1} + \gamma_2 y_{i2} + \gamma_3 y_{i5} + \gamma_4 x_{i7} + \gamma_5 x_{i8} + \gamma_6 x_{i10}$$

$$y_{i5} = \psi_0 + \psi_1 y_{i1} + \psi_2 y_{i2} + \psi_3 y_{i4} + \psi_4 x_{i7} + \psi_5 x_{i11}$$

但し、ここで内生変数を

y_{i1} : 医師数変分(平成15~18年)(公営企業年鑑)

y_{i2} : 患者数変分(平成15~18年)(公営企業年鑑)

y_{i3} : 医師基本給変分(平成15~18年)(公営企業年鑑)

y_{i4} : 看護師数変分(平成15~18年)(公営企業年鑑)

y_{i5} : 技術員数変分(平成15~18年)(公営企業年鑑)

とし、外生変数を

- x_{i1} : 病院が所在する二次医療圏の 65 歳以上割合 (平成 15 年) (住民基本台帳人口)
- x_{i2} : 病床数変分 (平成 15～18 年) (公営企業年鑑)
- x_{i3} : 研修指定病院ダミー (平成 19 年) (レジデントナビホームページ)
- x_{i4} : 地域医療支援病院ダミー (平成 19 年)
(医療施設体系の在り方に関する検討会資料 2 (厚生労働省))
- x_{i5} : 二次医療圏人口 (平成 15 年) (住民基本台帳人口)
- x_{i6} : 減価償却費 (平成 18 年) (公営企業年鑑)
- x_{i7} : 診療科目数 (平成 19 年) (各病院のホームページ)
- x_{i8} : 外来患者一人当たり収入 (平成 18 年) (公営企業年鑑)
- x_{i9} : 医師平均年齢 (平成 18 年) (公営企業年鑑)
- x_{i10} : 看護師基本給変分 (平成 15～18 年) (公営企業年鑑)
- x_{i11} : 技術員基本給変分 (平成 15～18 年) (公営企業年鑑)

とする。このモデルを、平成15年および18年をプールしたデータを使って、三段階最小二乗法により分析した。結果は表3の通りである。

表 3: 回帰結果 サンプル数: 854

*** : 99%有意、** : 95%有意、* : 90%有意

被説明変数	説明変数	係数	標準偏差
医師数変分			
決定係数: 0.3631	65 歳以上割合 **	-0.0604083	0.027302
	患者数変分	0.0060434	0.005277
	病床数変分 **	0.0411069	0.020348
	研修指定病院ダミー ***	2.017896	0.627459
	地域医療支援病院ダミー	1.055909	0.736081
	二次医療圏人口 *	-7.26E-07	4.29E-07
	減価償却費	-5.74E-07	7.26E-07
	医師基本給変分	-2.27E-06	4.21E-06
	看護師数変分 **	0.1026553	0.0418
	技術員数変分	-0.0985656	0.128965
	切片	0.7430994	0.817548
患者数変分			

決定係数:0.2668	医師数変分	6.08925	5.075317
	病床数変分 ***	1.159273	0.395554
	研修指定病院ダミー ***	-53.8261	12.70757
	二次医療圏人口 **	-0.0000213	9.76E-06
	減価償却費 ***	0.0000773	1.38E-05
	診療科目数 ***	-6.943604	0.980978
	外来1日患者あたり収入	-0.0000686	0.000663
	看護師数変分	-1.000551	1.058424
	切片	12.03269	10.81202
医師基本給変分			
決定係数:0.0296	医師数変分	-551.3469	1817.328
	患者数変分	-114.5103	73.17831
	外来1日患者あたり収入	0.6879309	0.800688
	医師平均年齢 ***	4330.962	851.7814
	切片	-212680.1	40861.22
看護師数変分			
決定係数:0.2786	医師数変分 ***	3.211963	0.600421
	患者数変分 **	0.0514741	0.023431
	診療科目数 **	0.5934196	0.262358
	入院1日患者あたり収入 *	-0.0001176	5.93E-05
	看護師基本給与変分 ***	-0.0001116	3.52E-05
	技術員数変分 **	1.172522	0.482247
	切片	5.463121	2.097894
技術員数変分			
決定係数:0.3318	医師数変分	0.1949484	0.200924
	患者数変分 **	0.0113182	0.005763
	診療科目数 **	0.1540681	0.061076
	看護師数変分 ***	0.1245513	0.041232
	技術員給与変分 ***	-0.0000328	5.90E-06
	切片	-0.2834177	0.428029

2.3 分析の結果と含意

自治体病院の医師数を被説明変数とした一本目の式からいくつかの含意が得られた。

病院の立地として説明変数に加えた 65 歳以上人口割合・二次医療圏人口や、病院の規模を示す病床数・研修指定病院ダミー、当該病院の医療体制を示す看護師数が自治体病院医師数に対して統計的に有意に働く事が解かった。病院が所在する二次医療圏の 65 歳以上割合が多ければ医師は減少し、病院の規模が大きく補助人員が充実していれば医師は増加するという結果は、これまで議論してきた、医師がより魅力ある病院で勤務したいと考えている事と一致している。当該病院が所在する二次医療圏人口の係数が統計的に90%の有意水準で負の影響を与えている点は、人口が多い地域において医療法人など自治体病院以外の病院との間で医師の確保に向けて競合している現状を反映しているのではないかと考えられる。このことから、自治体病院で経営が悪化する場合でも元々人口減少地域に立地していれば不可抗力的に患者数が確保できないケース、都市型地域に立地しているが他の機関との競争が厳しく経営が悪化するケースなど原因は多様である可能性が考えられる。

一方で、病院や医師にとっての需要である患者数は医師数に対して統計的に有意ではなく、患者数の増減に対して柔軟に医師が移動していない事が示唆される。需要に見合った形で医師の移動が無ければ、需給のミスマッチが発生している可能性がある。

また、医師の給与も医師数に対して有意ではなかった。少なくとも今回の分析からは、医師を良い給与により不足地域に集めようとする政策には限界がある可能性が指摘される。むしろ、若手医師は給与よりもより良い経験が積める病院に勤めたいと考えていると推測される。

以上より、分析から示唆される点をまとめると大まかに次の3つの点に集約できる。

① 人口が高齢化している地域には医師が集まらない

当該病院が所在する二次医療圏の 65 歳以上人口割合が大きければ大きいほど、病院勤務医は減少する(係数: -0.0604083)。例えば、65 歳人口割合が 25%の二次医療圏にある病院は、3年間で約 1.5 人医師が減少すると推定できる。患者の高齢者の率が高いことは症例が少ないことと類似しているといわれ、経験を積みたいと考える医師には魅力的でないと感じられている可能性や、高齢化が進んでいる地域は過疎地が多く、学会などへの参加のしにくさなどが嫌厭されている可能性などが考えられるが、因果関係についてはさらなる分析が必要である。

② 研修指定病院には医師が集まる

当該病院が研修指定病院であれば、勤務医を増加させる事ができる(係数: 2.017896)。例えば、研修指定病院であれば、3年間で医師を約 2 名増員する事ができる。

③ 看護師が増加した病院には医師が集まる

同期間で病院の看護師が増加すれば、勤務医も増加する(係数:0.1026553)。例えば、看護師が3年間で10名増加すれば、医師は1名増加する。

上記分析からの推論として、例えば、65歳人口割合が25%以上の地域にある病院であっても、研修指定病院でかつ看護師を3年間で10名増員すれば、医師は1.5人増加すると言える。そうであれば、医師にとって魅力の無い地域にある病院であっても、その病院に研修指定病院並みの設備を施し、看護師を増員すれば医師は確保できるということになる。

医師のキャリアパスがより自由な方向に変化しているという事実と合わせると、自治体病院が十分な設備と人員を持ち、若手医師が経験を積むに当たって魅力的な環境になれば、医師の確保が可能になり、また医師はその病院に留まろうとする可能性が高いと思われる。そのような病院が今後増加し、大学医局のような人事ローテーションの代役を果たすほどに若手の医師が集まれば、その病院(地域医療の中核的存在である可能性が強い)が、大学医局に代わって地域内の連携病院・診療機関へ医師を派遣することも可能になるのではないだろうか。それが地域遍在の解決の糸口になるのではないかという考えも含め、次章では新たな政策を提言する。

第三章 医師の地域偏在解消に向けた政策提言

国民は社会的合意の下、強制的に徴収される税金や保険料により医療費を負担している。この負担の見返りとして、国民全員が必要な時に必要な医療を受けるための権利をもっていると言える。皮肉なことに、公共的サービスである医療サービスの提供に従事する医師については勤務地や診療科目の選択が全く自由であるというシステムの下で、医師の地域偏在が発生し、人々の医療へのアクセス権を妨げる結果をもたらしている。この問題を解決するために、本稿では短期・長期2つの政策案を提示する。

3.1 短期的政策: 公益研修期間の設定

前章の回帰分析からは、設備・人員などの整った病院に医師が集まり、そうではない病院では医師の不足が深刻なものとなっている事が示唆された。

ここから、各地域で複数の病院の設備・人員を集約し、一つの高機能の病院を設立する事により医師にとって働く魅力の大きい病院を整備することが必要と考えられるが、集約または再配置する病院の選定、人事異動等にはどうしても一定以上の時間が必要である。一方で、地方における医師不足は喫緊の問題であり、早急に解決されなければならない。

大学医局が暗黙のうちに担っていた医師の需給調整機能は、大学院重点化・新臨床研修制度などによりその効果が希薄になった。加えて医師年齢構成の高齢化によって、地方での若年層の医師減少に拍車がかかり、経営難に陥る市中病院が増加し、地域医療に対する不安は高まっている。救急医療の例を持ち出すまでもなく、この不安は即効性のある政策によって、払拭されなければならない。

対応策は様々あると考えられるが、大きく分けると、(イ)医師に対して地方に勤務するインセンティブを与えるか、(ロ)一定期間の地方勤務を義務付けるかの二つであると思われる。

(イ)として通常考えられるのは、医師が不足している病院に勤務する医師に対する報償を増やす方策である。例えば、医師不足病院に対する診療報酬の積み増し、医師不足病院への勤務を義務付ける奨学金の拡充などが考えられる。ただし、これら政策が医師の勤務地選択に影響を与えるだけの十分な効果を挙げるには、多額の財源が必要だと思われる。

今回の回帰分析の結果によると、医師の基本給は医師数の増加に対して負に有意であり、病院の規模を示す研修指定病院ダミーや病床数は正に有意であった。ここから、医師は給与の他に、病院の規模などキャリアに影響する様々な要素を考慮に入れて勤務地を選択すると推測できる¹²。これらの回帰分析が現実を正しく示しているとする、医師に対して金銭インセンティブを与えても効果が無いということになる。

また、上記の分析結果が現実をうまく表象できておらず、金銭インセンティブを与える政策に効

¹²さらに、佐野・岸田(2002)における分析結果では、医師は賃金が低くても高度な医療技術に接する職場を求めている、という結果が得られている。

果があるとしても、それが十分な効果を挙げるためには、大幅な財源措置が必要であると推察される。松井他(2008)では診療科目間での医師のインセンティブ構造を分析しているが、例えば産婦人科医を推定必要数まで増加させるには、年間 318.43 億円必要になると試算された。診療科目間偏在という地域間偏在とは違う範疇ではあるが、医師の偏在解消のために金銭インセンティブを政策として用いると多額の財源が必要になる可能性が高い。

これらから、少なくとも現時点での緊急対応策としては、(ロ)の方策を検討するのが現実的ではないかと考えられる。具体的には、必修となった前期研修期間(現行 2 年)を 3 年として、3 年目に医師が不足する病院で実際に臨床経験を積む「公益研修期間」の制度の設定を提案したい。その概要は以下の通りである。

- ① 2 年間の研修を終えた医師は、例外を除いて 3 年目に医師が不足する病院に勤務しなければならない。

医師国家試験に合格する医師は年間約 7,500 名である。これらの医師全員が医師不足の病院で研修を積むことにより、医師偏在を緩和する。「例外を除いて」としたのは、大学医局への配慮のためである。確かに多くの大学医局は医局員の引き上げを行ったが、それでも多くの医師が大学医局から関連病院へ派遣されていると思われる¹³。研修期間を 2 年から 3 年に増加させ、1 学年 7,500 名全員が地方の病院に派遣されるとすると、大学医局はさらに医局員を引き上げてしまう可能性がある。引き上げられる対象は明らかに研修医よりも多くの臨床経験を積んだ医師であると考えられ、地方病院の医療の質の低下が深刻化することは必至である。よって、「大学医局に入局した場合は免除する」などの枠を作る必要があると考えられ、これを例外とする。

- ② 2 年間の研修を終えた医師は希望する診療科を選択できる。

医師数が不足している病院では、プライマリ・ケア医よりも人員が不足している診療科の医師の確保を優先している場合が多い。また、2 年間の研修を終えた医師は、特定の診療科医としてある程度医療サービスを提供する事が可能であると思われることから、研修医が希望する診療科に沿った形で派遣するのが望ましい¹⁴。

- ③ 都道府県庁は、自治体内の各病院の医師不足状況を調査し、診療科ごとに不足の程度を測る。

第一章で示したように、医師の地域偏在は都道府県内で深刻化している。地域偏在の

¹³ 大学医局の加入者が年間新卒医の約 5 割を占めているため、ある程度の派遣は継続していると思われる。

¹⁴ もちろん、プライマリ・ケア医は病院勤務医師が開業して診療所医医師となった場合の初期診療や、過疎地域での医療行為において必要とされている。「公益研修期間」の導入と同時に、プライマリ・ケア医養成プログラムもさらに充実させるべきである。

状況や解決策は地域毎に多様であり、地域の実情に即した政策実施が必要である。病院毎の患者の動向や医療サービスの質などの地域の医療情報が集まり、各病院との交渉が行いやすく、かつ各医療圏間のバランスも考慮することができる都道府県単位で、各病院の調査を行うべきと考えられる。

- ④ 都道府県からの報告を基に、研修マッチング協会は公益研修期間における研修先マッチングを行う。その際、研修医の希望診療科はできる限り尊重する。

一旦、病院勤務を始めた医師をもう一度集めて派遣するのは非常にコストがかかるが、既存の研修制度とマッチングシステムを用いれば、比較的低費用でかつ早急に地方病院へ派遣することが可能になると期待できる。

- ⑤ 公益研修期間において、研修医は希望診療科の診療行為を中心として行うものとするが、他診療科の診療行為もできる限り行わなければならない。

公益研修期間中の医師は基本的に希望診療科での診療行為を行うが、臨床における経験が浅いことは否めない。そのために高度な診療行為を行う事は多くの場合できないと考えられる。そこで、高度な診療は経験を積んだ医師が行い、軽度な診療は公益研修期間中の医師が行う、というように役割を分担する事が望ましいと思われる。この制度により、研修医は希望診療科の診療行為のみでなく、他診療科の診療行為もこなさなければならなくなるだろう。このような経験は、将来開業する場合の初期診療に有効であると考えられ、この意味でプライマリ・ケアのスキル向上にも寄与するものと考えられる。

医師という職業は、基本的に国民が支払う税・保険料等の公的な財源によって支えられている。しかし、医師の診療科目選択や勤務地の選択には制限が無い。大学医局による人事コントロールが弱体化し、国民にあまねく医療サービスを提供する制度が無くなってしまったとも言える現状では、医師免許取得後の一定期間、医療の公益性を学ぶ機会を必須とする事は、職業教育上有益であると考えられる。確かに研修期間が3年になり、増加した1年間が地方勤務ということになれば医師の負担は増加するが、教育的効果も含めれば、社会的便益はその負担を上回るのではないかと思われる。

一方で、約7,500名(実際には例外があるのでさらに少ない)が地方に派遣されることで、医師の地域偏在の問題は解決されるかどうかは検証されなければならない。しかし、全病院の個票データを用いなかったことや、需要に見合う適切な病院勤務医師数を算出するのは困難であることから、今回は正確な試算が不可能であった。ただし、大学医局による派遣医師引き揚げが起こった主因は新臨床研修制度による医局員の減少であり、その規模は1学年の人数7,500名にほぼ等しい¹⁵。現実にはミスマッチを起こして医師が不足しているのは、この7,500名の中でこれまで医局経由で派

¹⁵2 学年約15,000名の内、半分が医局に入らなかったとすると約7,500名が大学医局に入らなくなったと考えられるため。

遭されていたが、新制度下の自由選択の下では人材を確保できなくなってしまった医療機関の分である。それが政策的に埋めなければならないギャップであり、規模的には7,500名の一定割合以内である。その程度のアロケーションを新研修制度の下で行い得れば、地域偏在はある程度緩和できると期待される。

3.2 長期的政策案：病院の再編・統合と、医師の地域内ローテーション

3.2.1 安定した地域医療提供の必要性

前節の公益研修期間の設定により、短期的には医師不足の病院の人材不足問題は緩和されると考えられる。さらにより長期的な効果としても、1学年の医師全員が1年間地方病院で研修を積むことによって、医師がそのまま研修先の地方の病院に残るという効果も期待できる¹⁶。

他方、医師は自らのキャリアを重視するが故に、症例数が多い病院や、設備が整った病院での勤務を望む傾向が強い。地方病院の設備や環境等が自らのキャリアにおいて望ましく無いと判断した場合、そのような医師はより魅力的な病院に異動してしまうだろう。

つまり、公益研修期間の設定によって、入れ替わりで新たな医師が補填されることは期待できるが、研修医の「残存率」が低ければ、勤続年数の短い医師が代わる代わる勤務することが常態になり、住民にとって地域医療の展望が依然として不安であり続ける可能性は否めない。よって、長期的にはより安定した医療制度を構築する政策も検討する必要がある。具体的には、各地方の病院が医師のキャリアにとって魅力的なものにならないと考えられる。

病院勤務は、大半の医師のキャリアの前半部分を占めている。これは医師にとって必要な技術や経験を身につける上で、病院が重要な役割を果たしているためである。前章の回帰結果からも推察された、医師が一定以上の規模で設備・人員の整った研修指定病院などに集まるという傾向も、研修段階から知識や技術を身につけることができるという点で有利だからということに他ならない。(ただし、このことは医師の職業動機が金銭的ではないということを必ずしも意味しない。医師が生涯所得を最大化するためにも、若い時に様々な症例の経験や優れた先輩医師から学ぶことが知識や技術、さらには能力・業績の評判(レピュテーション)を獲得するために不可欠の道であろうことは容易に想像できる。)

現状では、このような医師が集まる、研修指定病院レベルの設備が整った病院自体が偏在しているとも考えられる。設備が中途半端で医師を呼び込むことのできない病院が乱立している地域もあれば、設備のレベルが高い病院が集中している地域もある。様々な設立背景をもつ病院が存在していることが、医師偏在の根本的な構造的問題を引き起こしていると思われる。

¹⁶ 一部の医師が地方に残るという選択肢をとると思われるのは、在住地域と異なる大学に入学した医師がそのまま大学所在県に残る事が多いという事や、研修指定病院がある二次医療圏では医師不足が起こりにくい(松井他(2008))事から推察される。

この構造的問題の解決のために、政府の社会保障国民会議は、将来の医療のあるべき姿として高機能病院への資源集約を含む病院再編や病院・診療所の連携などを描いている。このような取り組みは、質の高い医療の提供を国民にもたらすと同時に、卒後間もない医師のキャリアにとって魅力的な技術習得の場を提供することにも繋がる。

病院の地域統合を行おうという取り組みの具体例として、千葉県旭中央病院がある。同病院は全国でも模範的な自治体病院だと言われ、8割以上が赤字と言われる自治体病院にあって、黒字経営が55年間続いている。また、同病院は臨床研修指定病院であり、PETなどの大規模な検査装置を備え、さらに米国に医師を派遣する協定も締結するなど、医師にとって魅力的なキャリアを積む事ができるようになっている。実際に、同病院の医師は一部の診療科を除いて十分確保できしており、内科医等については医師不足に悩む周辺の病院に派遣も行っている。将来的には周辺病院を統合し、旭中央病院を核とした医療・福祉圏の形成を目指している。

3.2.2 病院の再編・統合のための施策

旭中央病院は自治体病院であるが、今のところ政府や自治体が関与して周辺病院を統合しようとしている訳ではない。しかし、周辺病院の再編・統合とその安定的な運用を独立して進めていく事は容易ではない。現状では、設置根拠の異なる病院間の統合を明記した法律はなく、それらの主体を再編・統合する制度が無いためである。この問題の解決には、具体的に以下のような改革が求められる。

- ① 医療機関間の統合障壁を除去する
- ② 診療報酬を病院診療重視にシフトする
- ③ 地方自治体における医療行政を強化する

上記の政策に関して様々な議論がなされているが、本稿では①について詳細に述べることにしたい。病院の再編・統合を行っていく上で、まず必要なのは①であると考えられるためである。

病院の再編・統合には様々なハードルがある。その中でも大きな問題となるのは、病院の経営形態が多種多様だという点である。現在の病院の経営形態としては以下の4方式を考えることができる。

① 公設公営

地方議会の承認を必要とし、実質的な自治体組織である地方公営企業法を全部または一部適用された形態。旭中央病院は、現在地方公営企業法を全摘要されている。

② 地方独立行政法人

公設公営でも、地方自治法、地方公務員法の制約を受けない形態。

③ 公設民営

医療法人、社会医療法人、学校法人を指定管理者として運営する方法。指定管理者制度とも呼ばれる。

④ 民設民営

民間が設立し、経営方式も完全に民間に任せる形態。

旭中央病院は将来的な周辺病院との地域統合を見越し、現在の①公設公営から、③公設民営に変更することを計画している。この形態であれば補助金を継続的に受け入れることができるため財政的な安定も保障されやすい。職員の身分が公務員でなくなるという点は慎重に行わなければならないが、自治体病院の公益性を損なわずに、地域の医療機関を統合していく可能性が見える点で適切であると考えられたためである。

しかし、全ての自治体病院が公設民営の経営形態をとれば良いということにはならない。むしろ重要なのは、地域の実情に即して実際に病院の再編・統合を行っていけるかという点である。旭中央病院の関係者によると、実際にそのような働きかけを各方面に行っても、病院間で経営形態や責任者が異なるために法律的・行政的手続きが不明確であり、当局も「前例が無い」という理由で検討が前進しない場合が多いという。

総務省の「公立病院改革ガイドライン」には、病院の「再編・ネットワーク化」や「経営形態の見直し」等が指示されているが、実際にどの様に病院を再編・ネットワーク化していくかのマニュアルやノウハウが無い。地域の現場では、何から始めればよいか解からないのが現状なのではないかと懸念される。

複数の自治体に跨る病院を再編・統合する場合には、どの自治体が主体となるのか、どの地域に中核病院を置くのかという問題が起こる。どの地域も自らが属する地域に中核病院を設置したいと考えるのが当然であろう。そこでどのような調整を図っていくのかは、市町村だけでなく、都道府県レベル、国レベルでの医療政策の調整が必要である。また判断の基礎となる社会的・技術的なデータの収集や分析に加え、地域全体の政治的意思も必要とされる。この調整を病院の再編・統合の遡上に乗せるにも、そのための制度的インフラ整備、つまり、法改正や再編・統合のためのガイドライン、マニュアルの作成が前提として不可欠となる。医師の地域偏在解消のためには、まずこのような制度面のサポートが必要だと思われる。

3.2.3 病院再編後のあるべき姿

将来的に病院再編が行われた場合、まずは統合された中核病院に多くの医師が集中する。中核病院に十分な医師が確保されたとしても、医師が中核病院に集中したままでは地域偏在の問題は解決されない。この意味で、医師は医療圏内でローテーションされなければならない。具体的に

は、中核病院を軸としつつ、数年ごとに周辺の病院で勤務するようにしなければならない。中核病院を軸とする理由は、一つは医療圏全体を把握し、必要に応じて圏内の医師数を調整することが可能であるからである。もう一つは医師側のインセンティブである。最先端の治療や診断を学びたいという要望は多くの医師が持っており、中核病院に勤務することでその最先端の医療に触れられる機会を確保したいと考えている。期間を設けたローテーションは、先端医療に触れるという医師のキャリア上の問題を解消しつつ、地域偏在にも貢献する手段であるといえる。

こうした事情を考えれば、中核病院と連携することになる周辺の病院にも医師が上手くローテーションで勤務するような仕組みを、各地域でさらなる工夫して構築していくことが必要となるだろう。

方向性としては、中核病院を中心として若年層の医師に対するキャリアプログラムを確立し、そのプログラムの中で一定期間の連携周辺病院での勤務を選択させることで、医師のキャリアアップの願望と両立する形で医師の地域偏在を改善することが可能になると考えられる。

例えば、①研修指定病院など、地域の中核病院を担う病院が医師を一括して求人する、②中核病院が求人した医師を1～3年間の単位で連携する周辺病院に派遣、ローテーションする、という姿が望ましいだろう。こうしたシステムはあくまで優れた医師を育成するプログラムの一貫として考えるべきであり、地域医療に密接に携わった後、それまでの経験を生かして海外のトップクラスの医療機関に派遣されてさらに知見を磨く機会が提供される、といったプログラムにしてもいいだろう。魅力的なキャリアアッププログラムの内容に創意工夫を凝らして全国の中核病院が競い合えば、若手医師は様々な機会での研鑽に喜々として励むことになり、現在指摘される「立ち去り型」医療崩壊への流れを逆転することが可能となるのではないか。こうした方向こそ、医師偏在問題を長期的に解決していくことになると思われる。

謝辞

今年度に入り、地域における医師不足・偏在の問題は深刻さを増しているように報道されている。本稿をまとめるにあたって多くの関係者の方々にインタビューさせていただいたが、今後の見通しが明るいと答える方は殆どいなかった。誰もが問題意識を感じながら適切な政策が見出せず、実行に移す事ができない一種の閉塞状態にあるのが日本の医療の状況なのではないかとも考えられる。本稿はその状況を打破すべく、できる限り客観的なデータを用いて分析を行ったつもりである。データの制約には悩まされたが、この点は今後の課題としておきたいと思う。

本稿では多くの方々のご協力をいただいた。学生の拙い調査内容に耳を傾けて下さり、またそれに対する貴重なアドバイスを頂いた事で本稿の基礎が築かれた事は言うまでもない。インタビューに応じて下さった山本和利氏(札幌医科大学)、北海道庁の医療政策担当者の皆様、康永秀生氏(東京大学)、中納治久氏(昭和大学歯科病院)、吉田象二氏(旭中央病院)及び旭中央病院の職員の皆様、松山幸弘氏(千葉商科大学)には、貴重なお時間を割いて頂いたことをここに厚くお礼を申し上げたい。

最後に、毎週的確な指導をして下さった大橋弘先生、川本明先生に御礼申し上げたい。

(以上)

参考文献

統計資料

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
- 厚生労働省「医療施設調査」
- 総務省「地方公営企業年鑑」
- 厚生労働省「病院報告」

公式文書

- 社会保障国民会議 第3回、第8回 サービス保障分科会資料
- 臨床研修制度のあり方等に関する検討会 資料
- 総合病院国保旭中央病院の経営形態に関する検討委員会 『総合病院国保旭中央病院の経営形態等に関する報告書』

インターネット

- レジデントナビ HP <http://www.residentnavi.com/>
- JMM HP http://ryumurakami.jmm.co.jp/dynamic/report/title22_1.html

論文その他

- 猪飼周平(2000)「日本における医師のキャリアー医局制度における日本の医師卒後教育の構造分析—」『季刊社会保障研究』 Vol. 36 No. 2, pp. 269-278, 国立社会保障・人口問題研究所.
- 池上直己(1998)『ベーシック医療問題』日本経済新聞出版社.
- 泉田信行・中西悟志・漆博雄(1998)「医師誘発需要仮説の実証分析—支出関数アプローチによる老人医療費の分析—」『季刊社会保障研究』 Vol. 33 No4, pp. 374-38, 国立社会保障・人口問題研究所.
- 漆博雄(1998)『医療経済学』東京大学出版会.
- 遠藤久夫・池上直己(2005)『講座 医療経済・政策学 第2巻 医療保険・診療報酬制度』勁草書房.
- 大森正博(2008)『医療経済論』岩波書店.
- 川淵孝一(2008)『医療再生は可能か』ちくま新書.
- 鴨下重彦(2008)「医学教育・医師養成の立場から」『学術の動向』 Vol. 13 No. 1, pp. 34-39, 日本学術協力財団.
- 権丈善一(2000)「制度派経済学としての医療経済学—ガルブレイズ依存効果と医師誘発需要仮説の類似性—」『三田商学研究』 Vol. 43 No. 4, pp. 33-5, 慶應義塾大学.
- 小松秀樹(2007)『医療の限界』新潮新書.

- 佐藤洋史・岸田研作(2004)「医師の非金銭的インセンティブに関する実証研究」『季刊社会保障研究』 Vol. 40 No. 2, pp. 193-203, 国立社会保障・人口問題研究所.
- 鈴木荘太郎(2007)「医学の教育・研究・診療における行動規範について」『学術の動向』 Vol. 12 No. 1, pp. 22-26, 日本学術協力財団.
- 社団法人日本病院会(2007)『医師確保に係る調査報告書』社団法人日本病院会.
- 西村周三・田中滋・遠藤久夫(2006)『講座 医療経済・政策学 第1巻 医療経済学の基礎理論と論点』勁草書房.
- 日本学術会議 臨床医学委員会医療制度分科会資料(2007)『医師の偏在問題の根底にあるもの 提言：量から質の医療への転換による克服』
- 平井慶徳(2006)「”医局”の是非」『順天堂医学』 Vol. 52 No. 4, pp. 651-653, 順天堂大学
- 松井英典・安藤拓道・福岡恵美・井口晋一郎・西部裕介(2008)『医師偏在問題の実証分析—地域・診療科目間偏在の要因分析と政策提言—』東京大学公共政策大学院 ポリシーリサーチペーパーシリーズ.
- B・マックペイク(2004)『国際的視点から学ぶ医療経済学入門』大日康史・近藤正英訳 東京大学出版会.
- 宮本守(2008)「地方における医師不足問題」『経済系：関東学院大学経済学会研究論集』 Vol. 235, pp. 1-13, 関東学院大学経済研究所.
- 吉田尚(2002)「わが国の臨床医学研究 translational research の光と影について」『千葉医学雑誌』 Vol. 78 No. 6, pp. 249-256, 千葉大学.
- Cooper, Richard A., Thomas E. Getzen, Heather J. McKee and Prakash Laud(2002) “Economic and demographic trends signal an impending physician shortage.” *Health Affairs*, Vol. 21 No1, pp. 140-154
- Courty, Pascal, and Gerald R. Marschke(2008) “On the sorting of physicians across medical occupations.” *NBER Working Paper*
- Hay, Joel and Michael J. Leahy(1982) “Physician-induced demand: An empirical analysis of the consumer information gap.” *Journal of health Economics*, Vol. 1 Issue3, pp. 231-244
- Kaneto, Chie, Satoshi Toyokawa, Kazuo Inoue, and Yasuki Kobayashi (2008) “Gender difference in physician workforce participation in Japan.” *Health Policy*, Vol. 89 Issue1, pp. 115-123
- Matsumoto, Masatoshi, Kazuo Inoue and Eiji Kajii(2008) “Characteristics of medical students with rural origin: Implications for selective admission policies.” *Health Policy*, Vol. 87 Issue2, pp. 194-202