2019年度 Vol.1(通番18号)

医療政策関連情報

メディペーパー

私たちは国の医師偏在対策の何を批判しているか

国家統制・専門性への介入・自由の制限・フリーアクセスの否定に抗する

厚生労働省が検討を進めてきた医療法及び 医師法の一部を改正する法律(2018年7月)に よる医師偏在是正の具体策が「医師確保計画策 定ガイドライン」と「外来医療に係る医療提供 体制の確保に関するガイドライン」にまとめら れ、3月29日に都道府県に通知された。通知 を受け、各都道府県は医師確保計画を2019年 度中に策定せねばならない。

京都府保険医協会は、医療法及び医師法の一

部を改正する法律が国会審議に付されていた2018年4月、厚生労働省に対し、医師に対する規制強化につながるものとして見直しを要望。以来、数次にわたっての要請や会員署名等、運動的対応を進めてきた。本稿ではあらためて、私たちが国の医師偏在対策の何を批判しているかを整理してみたい。

1. 厚生労働省による医師偏在是 正策の全体像

(1) 医師多数区域・少数区域の設定 国の偏在是正策は、全国の三次 医療圏と二次医療圏をそれぞれ 「3つ」に分類する。①医師多数 三次医療圏(二次医療圏にあって は医師多数区域)②医師少数三次医療圏(二次 医療圏にあっては医師少数区域)③そのどちら でもない医療圏、である。

分類に用いられるのが〈医師偏在指標〉である¹(図①)。厚生労働省は医師偏在指標を従来の人口対10万人医師数に代わる、医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」であると説明している。指標を使って全三次医療圏・全二次医療圏をランキング化し、上位

図① 医師偏在指標を、次のように設計する

医師偏在指標= 標準化医師数(※1)

<u>地域の人口</u> X地域の標準化受療率比(※2) 10万

- (※1)標準化医師数= ∑ 性年齢階級別医師数×性年齢階級別平均労働時間 全医師の平均労働時間
- (※2)地域の標準化受療率比=地域の期待受療率(※3) 全国の期待受療率
- (※3)地域の期待受療率
- <u>∑(全国の性年齢階級別調整受療率(※4)×地域の性年齢階級別人口)</u>
 地域の人口
- (※4)全国の性年齢階級別調整受療率
 - =無床診療所医療医師需要度(※5)×全国の無床診療所受療率+全国の入院受療率

マクロ需給推計における外来医師需要

(※5)無床診療所医療医師需要度=<u>全国の無床診療所外来患者数(※6)</u> マクロ需給推計における入院医師需要

全国の入院患者数

- (※6)全国の無床診療所外来患者数
 - =全国の外来患者数X 初診・再診・在宅医療算定回数[無床診療所]

初診·再診·在宅医療算定回数「有床診療所·無床診療所」

1

¹ 出典: 「医師確保計画策定ガイドライン」(厚生労働省医政 局 2019年3月29日)

33.3%を医師多数区域・ 下位33.3%を医師少数区域と設定する。

都道府県は医師少数区域において、最終的には2036年を目標に医師を確保する。当面、3年~4年の計画期間で確保すべき人数は、ガイドライン上、医師「下位33.3%に脱するために必要な医師の総数」。2036年の目標は、国が医師偏在指標から割り出した「必要医師数」を示

したものとする。医師多数三次医療圏(≒都道府県)の中に、医師少数区域がある場合であっても、他の三次医療圏からは医師の確保を行わないこととする²。

(2) 外来医師多数区域の設定と開業規制

外来医師多数区域も設定される。こちらはより露骨な開業規制が導入される。外来医師(診療所医師)専用の偏在指標(図②)が作成され、二次医療圏ごとにランキングし、上位33.3%を〈外来医師多数区域〉と定める(外来の場合は医師少数区域は設定しない様子)。

外来医師多数区域での新規開業を希望する 医師は、都道府県への届出様式に、地域で定め る不足する医療機能(初期救急、在宅、公衆衛 生等)を担うことに合意する旨を記載する欄を 設ける。これに合意しない医師は〈地域での協 議の場〉に出席させ、その結果を公表する。な お、協議の場とは地域医療構想調整会議でも差 し支えないものとされる。

(3) 医療機器も共同利用を促す

加えて、外来医療GLは医療機器の効率的な活用に関する計画についても記載している。地域ごとの医療機器の配置状況を可視化し、医療

外来医師偏在指標=

標準化診療所医師数(※1)

- (地域の人口 X地域の標準化受療率比(※2))X地域の診療所の外来患者対応割合(※4) 10万
- (※1)標準化診療所医師数= \(\sum 性年齢階級別診療所医師数\) 性年齢階級別平均労働時間 診療所医師の平均労働時間
- (※2)地域の標準化外来受療率比=

 地域の外来期待受療率(※3)

 全国の外来期待受療率
- (※3)地域の外来期待受療率=
 <u>Σ(全国の性年齢階級別外来受療率×地域の性年齢階級別人口)</u>
 地域の人口
- (※4)地域の診療所の外来患者対応割合= 地域の診療所の外来延べ患者数 地域の診療所+病院の外来延べ患者数

機器を有する医療機関をマッピングし、「共同利用」を協議する仕組みをつくる。具体的には、 前述の外来医療についての協議の場を活用する。

2. 厚生労働省が示した京都府における分類 · 必要医師数

(1) 医師偏在指標・外来医師偏在指標のランキング

既に、厚生労働省は〈医師偏在指標〉と〈外来医師偏在指標〉を用いたランキングに基づき、全都道府県と二次医療圏について、医師多数三次医療圏・少数医療圏・医師多数区域・少数区域・外来医師多数区域を「叩き台」として示している(2019年2月18日第28回医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会³)(図3)。

〈医師偏在指標〉については、

- ・京都府は全国2位の医師多数三次医療圏である。
- ・二次医療圏別では3月時点では、京都・乙訓 医療圏が全国第10位の医師多数区域。中丹・ 山城北・山城南・南丹はどちらでもない区域、 丹後が全国252位の医師少数区域とされて

図② 外来医師偏在指標を図式化すると、以下のとおり

² 但し、ガイドラインは「速やかな是正を求めるものではないが」 と註釈をつけている。

^{3 3}月22日開催の第30回分科会での公表データでは、それま

で外来医師多数区域としていた中丹医療圏ではなく、山城南医療圏が多数区域となった。

いた。しかし、4月に入って厚労省が 都道府県に提供したデータでは、京都府内に医師少数 区域はなく、南丹、京都・乙訓、山城南が医師多数区域と された。

《外来医師偏在指標》については、

・京都・乙訓医療圏が 全国6位、山城南医

図③ 三次医療圏ごとの医師偏在指標

順位	都道府県	医師偏在指標
	全国	238,3
1位	東京都	329.0
2位	京都府	314.9
3位	福岡県	300,5
4位	沖縄県	279.3
5位	岡山県	278.8
6位	大阪府	274.4
7位	石川県	270.4
8位	徳島県	265.9
9位	長崎県	259,4
10位	和歌山県	257.2
11位	鳥取県	255.0
12位	高知県	254.3
13位	佐賀県	251,3
14位	熊本県	248.5
15位	香川県	247.8
16位	滋賀県	243,5

順位	都道府県	医師偏在指標
17位	兵庫県	243,0
18位	奈良県	241.1
19位	広島県	240.4
20位	大分県	238,0
21位	島根県	235.9
22位	宮城県	232.7
23位	神奈川県	231,8
2 4位	愛媛県	231.0
25位	福井県	230.9
26位	鹿児島県	229,8
27位	愛知県	225.3
28位	北海道	222.0
2 9位	栃木県	216,7
30位	山梨県	216,4
31位	富山県	216.2

順位	都道府県	医師偏在指標
3 2位	宮崎県	210,6
33位	山口県	210.3
3 4位	三重県	208.8
3 5位	群馬県	208,2
36位	岐阜県	204.7
3 7位	千葉県	200.5
38位	長野県	199,6
39位	静岡県	191.1
40位	山形県	189.4
41位	秋田県	180,6
42位	茨城県	179.3
43位	埼玉県	178.7
4 4位	福島県	177,4
45位	青森県	172,1
46位	新潟県	169.8
47位	岩手県	169.3

療圏が全国 101 位で外来医師多数区域である4。

(2) 京都府の 2036 年の必要医師数

一方、2036年の必要医師数についても、示されている(図④)。厚労省は必要医師数の定義を「将来時点(2036年時点)において」、国が「医療圏ごとに、医師偏在指標が全国値と等しい値になる医師数」と定義しており、その考え方ではじき出された数字である。

〈2036年の必要医師数〉については、

- ・2036 年の京都府における必要医師数は丹後 253 人、中丹483 人、南丹332 人、京都・乙 訓4,375 人、山城北1,105 人、山城南265 人 で合計6,807 人とされた。
- ・これに対し、上位5供給推計で4,006人、下位

6供給推計で1,291人の医師が過剰となる。

(3) 診療科別必要医師数も公表

一方で厚労省は診療科偏在是正にも乗り出している。2019年3月22日の医師需給分科会に示された「第4次中間とりまとめ(案)」には、「法改正事項ではないが、医療ニーズを踏まえた診療科ごとに必要な医師数の明確化については、診療科偏在の観点からも早急な検討が求められる」とある。既に、新専門医制度上の18領域についての「診療科ごとの将来必要な医師数の見通し(たたき台)」が2月18日の需給分科会で、各診療科の都道府県別必要医師数も27日会合において示されていた。

《診療科ごとの2036年の必要医師数》については、

・例えば内科が 127,167 人で 2016 年医師数に対

し、14,189人不足する。

・一方で精神科の 1,688 人、皮膚科 の1,414 人、耳鼻 咽喉科の1,229 人 等が過剰と推計。

・都道府県ごとの2036 年の診療科

図④ 将来時点における必要医師数等

	2036年						
	必要医師数	供給推計				供給推計-必要医	師数
都道府県名	1					(供給上位)	(供給下位)
医療圏名		(上位)		(下位)		不足医師数	過剰医師数
京都府	6807		10813		8098	4006	1291
丹後	253		223		167	-30	-86
中丹	483		559		419	76	-65
南丹	332		310		232	-23	-100
京都・乙訓	4375		8502		6367	4126	1991
山城北	1105		1017		762	-89	-344
山城南	265		203		152	-61	-112
大阪府	22407		30110		26800	7703	4393

⁴ 巻末資料Ⅱ参照のこと

⁵ 厚労省は上位実績ベースについて、「過去の各都道府県の増減 の実績に基づいて、一番いい実績が2036年に向けてずっと続 いていった場合」と説明している(第27回医師需給分科会議

事録)

⁶ 厚労省は下位実績ベースについて、「これは実績ということで、 増減を最小に見積もっても達成できるような医師数が下位実 績ベースの示すところ」と説明している(同上)。

別必要医師数では、京都府は各診療科が軒並み 「過剰」と推計されている。全体としては不足と 推計される内科ですら448人過剰とされ、臨床検 査・脳神経外科以外はすべて過剰とされている。

診療科ごとの必要医師数推計の方法について、 厚労省資料はDPCデータを用いて「診療科ご との医師の需要を決定する代表的な疾病・診療 行為を抽出し、診療科と疾病・診療行為の対応表 を作成」し、そこへ人口動態や疾病構造を考慮し た医師の需要の変化を推計する等して算出した ものと説明している⁷。なお、あくまで事務局に よる機械的な計算(暫定版)と断っている⁸。

3. 医療提供者改革の一環としての医師偏在対策

(1) 医療提供者改革—医師配置の適正化—を国はねらう

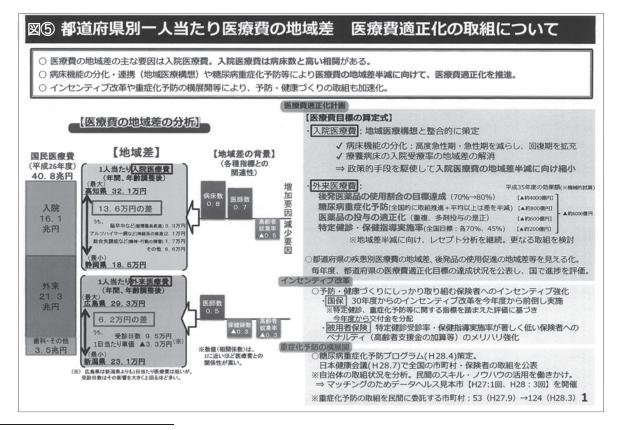
今回の医師偏在是正について、協会は戦後医

療史初の「開業規制」導入であると指摘。会員の 先生方に署名を訴え、150 筆を集めて厚労省医政 局の担当者に手交した(5月23日)。

あらためて、国がこのような政策を進める背景について、指摘しておく。

2016 年 10 月 21 日、当時の塩崎恭久厚生労働大臣が経済財政諮問会議の場で都道府県別一人当たり医療費の地域差について、入院医療費は病床数・医師数が、外来医療費は医師数が主な増加要因であると指摘。〈医療費の地域差半減に向けて、医療費適正化を推進〉すると述べていた(図⑤)。

医療費の地域差半減は、「新経済・財政再生計画改革工程表」の政策目標にも位置付けられており、官邸主導の経済財政政策に厚生労働行政が支配され、この間の改革が進められていることは明白な事実である。地域の医療者はそれ



^{7 〈}見通し〉の手法について、厚労省資料は、診療科ごとの医師の 需要を決定する代表的な疾病・診療行為を抽出し、診療科と疾病・ 診療行為の対応表を作成、現状の医療の姿を前提とした人口動 態・疾病構造変化を考慮した診療科ごとの医師の需要の変化を推 計し、現時点で利用可能なデータを用いて、必要な補正を行った 将来の診療科ごとの医師の需要を推計と説明している。医師数は (仕事量)とされ2016 年医師数も実際のものではなく、平成28 年医師届出票のデータに性年齢階級別の調整を施したものであ

る。18 基本領域と他専門科の対応関係は以下のとおりである。 内科(内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科(胃腸内科)、 腎臓内科、神経内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科、アレル ギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科)。外科(外科、呼 吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科 (胃腸外科)、肛門外科、小児外科)。産婦人科(産婦人科、産科、 婦人科)。形成外科(形成外科、美容外科)。

⁸ 巻末資料 I 参照のこと

に振り回されているのである。

病床配置の適正化については先行して地域 医療構想が2017年に策定された。

今度は医師配置の適正化へ、国が本腰を入れているのである。協会はこれを「医療提供者改革」と呼んでいる。

(2) 国の積年の課題である医師コントロール

医療提供者改革は、あらゆる意味での医師コントロールの手段を為政者側に握らせようとするものとなっている。

医師配置の適正化は、自由開業制という憲法 上の権利の制限を伴うものである。いわば「公 共の福祉」のために、医師の自由は制限されて も差し支えないというように、憲法解釈の変更 とさえいえるだろう。この改革は、国にとって は積年の課題でもある。

日本において新自由主義改革(構造改革)が本格化しはじめた1996年、厚生省(当時)・医療保険審議会は、「今後の国民医療と医療保険制度のあり方について」において、「国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内に止めることを目標」として、医療提供体制のあり方見

直しを打ち出した。具体的には「病床数見直し」 や「平均在院日数の短縮」、「保険医定年制」「保 険医定数制」、診療報酬の包括化・定額化推進、

「総額請負制」までが検討項目にあげられていた。国は、国民皆保険体制を維持しつつも医療 費増加に歯止めをかけるため、医師・病床の配 置と患者のフリーアクセス制限が必要と考え 続けてきたのである。

(3) 医療提供者改革3つの目標とは

医療提供者改革を通じて、国は3つのことを 成し遂げようとしている。

①医師の人数を地域別·専門科別に管理できるようにすること

このことをめぐって新専門医制度がなぜつくられたのかが明らかになってきている。日本専門医機構の寺本民生理事長は3月18日の定例記者会見で医師需給分科会の必要医師数推計が出されたのを受け、医師偏在を防ぐための専攻医シーリングにかかわって「都道府県ではなく、診療科別でも専攻医のシーリングを設定することが有り得る」と述べ、4月26日に機構は診療科別シーリングを各基本領域学会理

図	6				E	本	専門	門医	(例:	内科)				[暫
					新た	な日本専	門医機	構案								
				内科												
	(医輔数/必要医輔数)	シーリング数	連携プログラム数	連携プログラムのうち	達成するための年間養成数 2024年の必要医師数を	採用數平均 医	2019年度専攻医	2018年度事攻医	(医師数/必要医師数)	シーリング数	連携プログラム数	連携プログラムのうち	達成するための年間養成数 必要差成数に係る推計	選去2年専攻医	2019年度粤攻医	20 - 8年度専攻医
北海道	0.89				193	96	101	90	0.91				44	31	33	
青森県	0.64				74	18	17	18	1.23	68	12	- 1	8	83	80	8
岩手県	0.67				67	24	27	21	1.08	202	9	0	154	214	211	21
宫城県	0.93				72	53	53	52	0.93				173	125	137	- 11
秋田県	0.70				52	16	16	16	0.93				40	29	25	3
山形県	0.70				56	23	25	21	県 1.08	21	2	0	13	24	24	2
福島県	0.71			-	97	25	28	21	1.01	16	1	0	13	17	19	. 1
茨城県	0.68	_		-	151 75	44 38	46	41 35	0.99	2			15	16	19	1
栃木県 群馬県	0.83			-	84	25	40 24	26	1.09	56	5	0	27	64	61	. 6
埼玉県	0.69				364	78	85	70	0.96	1000	2.00	10/15	81	53	59	4
千葉県	0.09				288	94	104	84	0.83	0.53			56	18	21	1
東京都	1.20	438	77	12	90	525	515	535	1.11	19	2	0	9	22	24	1
神奈川県	0.86		200	- 1100	325	181	196	176	0.93				29	22	31	. 1
新潟県	0.72				115	40	36	44	0.88				48	18	15	2
富山県	0.84	1169			42	18	17	19	1.00	15	0	0	15	12	16	
石川県	1.05	36	4	1	21	40	40	39	1.21	126	17	0	32	150	143	15
福井県	0.80				32	11	9	13	1.02	17	0	0	17	17	15	1
山梨県	0.79				34	14	9	19	1.08	35	4	1	21	39	44	3
長野県	0.75				100	36	37	35	1.06	35	0	0	30	32	36	2
岐阜県	0.87				69	26	21	30	0.99	906	100	1 1 2 1	28	26	26	2
静岡県	0.69			_	195	45	45	44	0.78				50	13	16	
受知県	0.87			-	268	149	162	135	県 0.99				37	36	42	3
三重県	0.86				66	35	30	40	0.93				43	28	24	3

事長に通知した(図⑥)。

9割の医師が取得する専門医制度の都道府 県別・診療科別定員とは、事実上、都道府県別・ 診療科別の医師定数になり得る。

開業医については、その担ってきた役割のシステム化が目指されており、新経済・財政再生計画改革工程表が厳しく達成を求めているように計画的に養成・配置される「総合診療専門医」がその代わりを担う。旧来型の自由開業制による開業医は時間経過によって淘汰する。

②医師の専門性に介入し、国のルールに則って 素直に医療を提供する医師を育てること

一方で、診療報酬の算定要件に〈ガイドライン〉を導入し、国の定めた指針どおりの医療を提供しなければ診療報酬が算定できない医療範囲の拡大が目指されることになる。新経済・財政再生計画改革工程表は一人当たり医療費の地域差半減のために「人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応できる医療・介護人材を育成できる研修」の累計実施回数をKPIに取り入れている。加えて、今通常国会に提出され健康保険法等改正法案には審査支払機関の改革が盛り込まれ、コンピュータ審査の強化、審査基準の統一化、医療の標準化が盛り込まれている。こうしたことに疑いを持たない保険医を増やしていく。

③医師の仕事の生産性を向上させる。つまり、 経済活動の活性化につながり、富を生み出し、 経済成長に資するような医師を育てること

新経済・財政再生計画改革工程表は、〈医師による診療・治療内容を含めた医療職に拠る対応の満足度を上げる〉ための医療の生産性改革を強調。具体的にはバイオ医薬品の開発などを例示している。「未来投資戦略 2018—「Society 5.0」「データ駆動型社会」への変革—」(2018年6月15日)に明らかなように、先進的医薬品・医療機器創出や、保険外サービスを担うへルスケア産業の推進は、成長戦略上の重要な国策であり、地域の医療を担う医師ではなく、医療を通じた経済活動の活性化を自覚的に担う

医師育成も、改革の視野にあるのではないか。

4. 何が間違っているのか、本当はどうすれば 良いか

(1) 必要なデータはすべて公表されているのか? 今回の医師偏在是正策について、国はデータ に基づく改革だと自信をみせているという。

だが、そのデータの正しさは証明されているとは言えない。今公表されている資料・データだけでは、指標の正当性を確認することは出来ない。つまり、主権者である国民が検証・再現し得るだけの情報は公開されていないからである。

そもそも国は、医師は不足しておらず、偏在 しているだけだとの立場であるが、その根拠す ら、検証可能な形で主権者に示してきたとは考 えられない。ましてや医師偏在指標や診療科別 必要医師数の計算に用いたデータや途中式な どは一切公表されておらず、信用できない。

(2) 私たちの対案一医師偏在を生み出す構造問題を越えるための—

(医師多数区域)での開業や医師確保を規制しても、少数区域での開業や就業が進むことにはつながらない。医師偏在の理由について、国は根本的な議論を避けたまま、私たち医師の自由にすべての責任を負わせようとしている。医療制度は社会保障であり、国が人々の生命と健康を守る義務を果たす仕組みである。強制的に都市部の医師を地方へ赴任させるようなやり方は間違っている。

医師偏在が起こる最大の理由は医療保険制度の限界である。日本の医療保険制度は、経済が疲弊し、人口減少している地域では患者が確保できず、採算がとれないため、開業できない。したがって今の仕組みのまま医師偏在を是正する方法は唯一、地域経済を再生させることである。それまでの間は、公立医療機関を配置し、行政の責任で医師を確保するしかない。にもかかわらず、未だに国は公立医療機関を縮小する政策ばかり進めている。国保直営診療所はじめ、

公的な医療機関がその地域の医療保障をカバーできるようにするべきである。

加えて、医師不足地域での医業を可能とする 仕組みの創設も提案したい。当該地域における 医業の採算ラインを明らかにし、採算点に達し ない分の費用は全額国費で賄う制度を創設す べきである。

(3) 医師の自由の尊さを訴えて

そもそも、医師の働き方改革における 1860 時間という「上限規制」(それは規制でなく過 労死合法化に過ぎない)などというとんでもない話が真面目な顔で提案されてしまう背景には、厚生労働省は医師たるもの国民の医療のために犠牲になって当たり前と考えているからではないか。同様に、医師は規制され、自由を制限されて当然の存在と国は考えているのかもしれない。とりわけ、開業医については、「働かせすぎの勤務医」に対し、「決まった時間だけ働いて往診をしない開業医は多い」などと揶揄し、勤務医の働きすぎも、医師偏在が解消し

ないのも、まるで開業医が悪いかのような論調 が作られつつある⁹。

あらためて訴えたいのは、医師の自由の大切 さである。医師・医療機関は原理的には公的な 存在である。生存権保障の担い手であり、社会 保険制度を通じて公費が投入され、それによっ て医業を営んでいる。

しかし、医師に対する国家介入は危険な側面がある。医師の高度な専門性やその鍛えられた技術は、人々の生命を左右するからである。それゆえに、医師をはじめとする医療者は、時の国策から自由である必要がある。

今後、医師をコントロールしたい国と地域の 医療者の間でのせめぎあいはもっと激しくな ると考えられる。それは私たちにとって医師の 専門職としての矜持をかけた闘いである。

協会は、開業医・勤務医の現場から反論する とともに、地域の患者さんの声から、今回の医療提供者改革を徹底的に批判し、対案の提案を 行い続けたい。

巻末資料 I

診療科ごとの将来必要な医師数の見通し(たたき台)

※ 事務局において機械的に計算したたたき台

		2016年		2024	4年	2030)年	2036	3年	凼	要養成数	なに係る推	±8 †
	2016年医師数(仕事量)	必要医師数(勤務時間調整後)	2016年医師数の差	必要医師数(勤務時間補正後)	2016年医師数の差	必要医師数(勤務時間補正後)	2030年の必要医師数と	必要医師数(勤務時間補正後)	2016年医師数の差	維持するための年間養成数	達成するための年間養成数2024年の必要医師数を	達成するための年間養成数2030年の必要医師数を	達成するための年間養成数2036年の必要医師数を
内科	112,978	122,253	9,275	127,446	14,468	129,204	16,226	127,167	14,189	2,289	3,910	3,362	2,965
小児科	16,587	18,620	2,033	17,813	1,227	17,212	625	16,374	-213	394	538	438	383
皮膚科	8,685	8,376	-309	7,999	-686	7,695	-990	7,270	-1,414	193	115	127	124
精神科	15,691	15,437	-254	14,919	-772	14,598	-1,093	14,003	-1,688	293	208	222	214
外科	29,085	34,741	5,656	34,916	5,831	34,605	5,520	33,448	4,363	907	1,587	1,301	1,139
整形外科	22,029	23,182	1,153	24,374	2,345	24,680	2,650	24,022	1,993	499	764	677	596
産婦人科	12,632	14,811	2,179	13,624	992	12,938	305	12,165	-467	284	394	304	261
眼科	12,724	12,054	-670	12,336	-388	12,293	-432	11,830	-895	271	227	242	228
耳鼻咽喉科	9,175	8,967	-208	8,621	-554	8,345	-830	7,946	-1,229	219	156	163	158
泌尿器科	7,426	8,320	894	8,599	1,173	8,653	1,228	8,429	1,003	199	334	285	251
脳神経外科	7,713	9,021	1,309	9,789	2,077	10,170	2,457	10,235	2,523	189	423	355	314
放射線科	6,931	7,061	130	7,147	215	7,126	195	6,918	-13	154	177	167	153
麻酔科	9,496	10,076	579	10,126	630	10,036	540	9,701	204	232	305	270	243
病理診断科	1,887	2,178	291	2,189	302	2,170	283	2,097	210	48	81	67	58
臨床検査	567	632	65	639	72	638	70	619	52		30	27	24
救急科	3,656	4,250	594	4,302	645	4,289	633	4,164	508		172	140	121
形成外科	3,321	3,431	110	3,448	127	3,417	97	3,303	-18			102	94
リハビリテーション科	2,399	2,489	90	2,519	120	2,512	112	2,439	39	51	64	59	53

⁹ 毎日新聞 社説「働かせすぎの勤務医 開業医との格差を

巻末資料Ⅱ 京都府医療対策協議会(2019年5月13日)資料より

医師偏在指標 京都府内の状況

上段: 第30回医師需給分科会資料の数値(2019.3) 下段: 厚生労働省提供データによる数値(2019.4)

[都道府県単位]

「医師]

L ES B	h 7		
三次医療圏	B	医師偏在指	標
一久四水面	指標	全国順位	備考
	314.9	2	医師多数
京都府	313.8	2	医師多数

[產科] [小児科]

	1-1 2		L 3 701	7 4	
産科	医師偏在排	旨標	小児科	医師偏在抗	旨標
指標	全国順位	備考	指標	全国順位	備考
11.8	14		140.6	3	
15.1	7		143.6	2	

[外来]

外来	外来医師偏在指標						
指標	全国順位	備考					
133.2	2						

[一次医療團単位]

L二次医療圈単位」						
二次医療圏	B	医師偏在指	標			
	指標	全国順位	備考			
全国平均	238.3					
	238.6					
丹後	135.6	252	医師少数 区域			
力饭	164.8	216	医脉少数			
45	191.8	114				
中丹	189.4	138				
± 0	169.6	162				
南丹	219.8	86	医師多数区域			
古郷 - フ 訓	399.6	10	医師多数 区域			
京都・乙訓	382.6	5	医師多数区域			
u u tett alle	182.6	136				
山城北	187.4	147				
山林南	173.1	152				
山城南	206.1	102	医師多數区域			

産利	4医師偏在	指標	小児和	4医師偏在	指標
指標	全国順位	備考	指標	全国順位	備考
12.0			104.9		
12.8			106.2		
9.2	167		109.3	80	
12.7	103		138.1	32	
7.8	212	相対的医 師少数区 域	117.6	66	
7.3	244	相対的医師 少数区域	111.4	96	
9.9	137		126.5	56	
13.3	95		149.9	22	
12.4	78		164.5	18	
16.9	42		157.1	19	
13.0	67		98.9	109	
13.0	102		115.9	79	
13.3	63		86.4	150	
14.6	70		103.9	129	

外来医師偏在指標						
	全国順位	備考				
105.8						
106.3	2					
92.2	199					
90.9	207					
104.2	101	外来医師 多数区域				
103.8	113	外本医師 多数区域				
95.7	168					
97.6	158					
153.1	6	外来医師 多数区域				
152.3	6	外来医師 多数区域				
99.4	141					
101.4	132					
102.1	121					
104.6	101	外来医師 多数区域				

* 医師少数区域及び医師多数区域

全国335の二次医療圏の医師偏在指標の値 を一律に比較し、医師の偏在状況を示す。

・上位一定の割合(1/3)を医師多数区域・下位一定の割合(1/3)を医師少数区域

医師偏在指標

全国335医療圈

下位33%	上位33%
⇒医師少教区域	⇒医師多數区域

335位 334位 333位~

~3位 2位 1位

* 相対的医師少数区域

産科・小児科医師が相対的に少なくない 地域等においても、医師が不足している 可能性があることに加え、これまで医療圏 を越えた地域間の連携が進められてきた 状況に鑑み、医師多数区域や医師多数 三次療圏は設けず、下位33%を「相対的 医師少数区域」を呼称とする。

* 外来医師多数区域

上位33.3%を外来医師多数区域 と設定し、都道府県等に情報提供を行うことで新規開業者おける 自主的な行動変容を促し、偏在 是正につなげる。