

医師偏在解消フォーラム抄録

医療政策関連情報

地域再生に根差した偏在対策が必要

協会は、「医師偏在解消」を考えるフォーラムを 2019 年 10 月 26 日に開催した。医療経済学、社会統計を専門とする佐藤英仁氏（東北福祉大学准教授）が国の推計自体に問題があることを諸データで示し、医師偏在指標についても潜在的な医療需要が反映されていない等の問題があると指摘。吉中理事が、医師偏在の起こる理由に切り込まず、医師の自由の制限によって偏在解消を目指す方針は間違いであり、医業の成り立たない地域において、開業・就業を希望する医師を支援するような公的な仕組みを構築するべきと論じた。さらに医師多数区域とされた地域の開業医らが実情を訴えた。

開会あいさつ

理事長 鈴木 卓

厚生労働省の医療計画の見直しに関する検討会・地域医療構想に関するワーキンググループが 9 月 26 日、

「再検証要請対象医療機関」として、全国 424 の公立・公的病院を名指しした。

批判を受け、同省は地域医療構想における協議の活性化のためだと述べた。しかし、実のところ同方針は経済財政諮問会議の策定する骨太方針 2018 に既書き込まれていた。即ちそれが政府、権力中枢による動きであることを忘れてはならない。



地域医療構想は急性期病床の減少、外来医療における一人当たり医療費の地域差縮減、平均化による医療費抑制を基本政策に進めてられてきた。医師偏在、働き方改革と合わせて三位一体での推進がいわれているが、考えるまでもなく 1,860 時間もの時間外労働を制度的に認める動きは、医師の絶対数が不足していることを意味している。医師を増員し、労働をシェアすることで、せめて年間の時間外労働を 36 協定の許容する範囲に収めていくことこそ、本来の働き方改革の意味であるはずだ。本日取り上げる国の医師偏在是正策も、私たちの知る地域の実態とは大きく乖離したものとなっている。本日、大いに学び、その問題点について理解を深めたいと考えている。

基調報告 医師偏在是正策をめぐる現段階の情勢について

理事 吉中 文志

医療制度改革は迷走している。厚生労働省は医療提供体制改革について、途中から地域医療構想、医師偏在対策、医師・医療従事者の働き方改革は三位一体の推進だということになった。

9 月末に公立・公的病院 424 病院を名指しした再編・統合政策は典型だが、医師の少ない地域



で厳しい運営を強いられる病院の病床縮小等を進めれば、医師偏在はかえって進むことになる。このように同省の政策は一貫性があるとはいえない。

2016 年 5 月、当時の塩崎厚生労働大臣が経済財政諮問会議で次のような報告をした。医師養成数の推移をみると、2007 年に 7,000 人だった医師養成数だが、2000 年代の医療崩壊を受け、医学部定員を 9,000 人台に増やした。そして現時点（2016 年）においては、「課題は医師増員

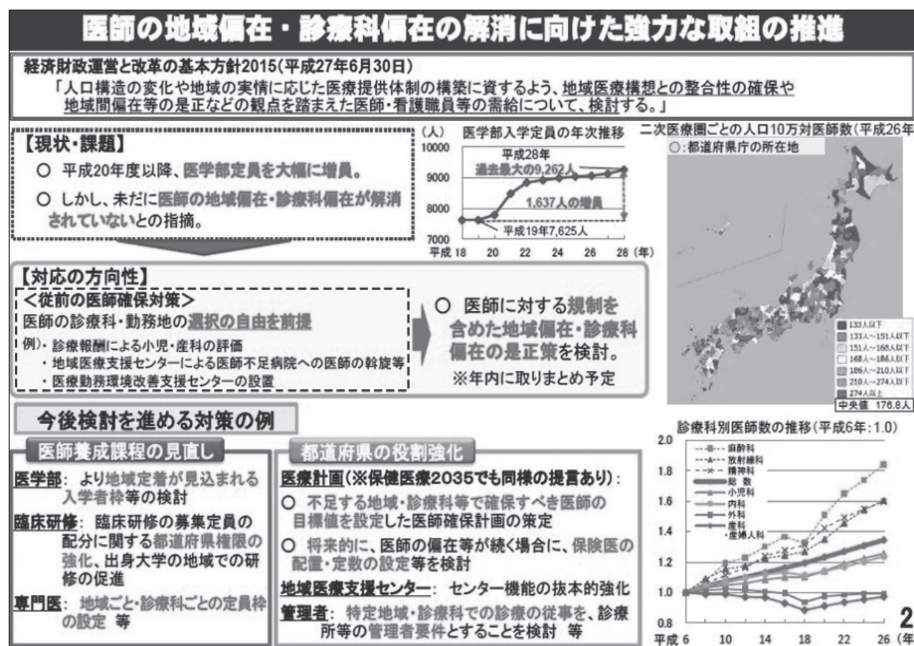
ではなく偏在是正」だという話になった。医師増ではなく、偏在解消が方針であると打ち出したのである。しかし医師は本当に増えたのか。それ自体が検証されたわけではない。今日、1980 年前後の「一県一医大」政策¹ 当時に医師となった世代の波が今 60 代の医師の増加となって医師が増えてきているのであり、今後医療の一線からは退いていくことになる。だが国の医師数についての

政策は、一切そうした点を考えていない。地域枠による定員増の影響はこれからになる。

医師偏在是正のためとして、厚労省は医師偏在指標、外来医師偏在指標を導入した。これは改正医療法・医師法によって法定化された人口 10 万人対医師数に代わる新たな医師偏在の「物差し」である。ちなみに入院を担う医師の指標はない。その理由について厚労省に尋ねたが、彼らは回答できなかった。

この偏在指標を用いて、全国すべての三次医療圏、二次医療圏を医師多数区域・医師少数区域に分別する。あくまで偏差値に過ぎず、上位・下位と機械的に分けるだけの話である。その地域で医師が充足あるいは不足しているかという、絶対数のことはまったく反映していない指標である。

この指標によって、京都府は医師多数三次医療圏とされ、国のガイドラインに則るならば他の三次医療圏（都道府県）からの医師確保が原則禁じられる。外来医療の偏在指標について、多数区域では開業時に新たなハードルが組み込まれる。このような医師の就業地域を制限す



2016 年5月 11 日 経済財政諮問会議 塩崎厚労大臣資料

る規制は戦後初めてのことである。

国はそこまでを統一指標を使って示し、その上で実践は地方に丸投げする。地域医療構想調整会議で関係者が議論せよと、いうわけである。厚労省は何の責任も負わない。だが自治体の自律・独立は許さない。中央政府がガッチリ枠をはめる。三位一体というが、医師偏在指標や新専門医制度、地域医療構想、医師の働き方改革によって、中央政府の統制が強化されるのである。

さらに、「かかりつけ医」や「総合診療専門医」の養成・配置を契機に今後、国による医師の「在り方」、医療内容へのコントロールが強まる危険性もある。

特に医師数・病床数は厳しく規制される。2019 年 6 月に財政制度等審議会が示した全世代型社会保障検討会議に向けた基本方針では、「国民皆保険」の枠組みは守るとしつつ、その内容にほかならないフリーアクセス・自由開業制・出来高払いには制約を加えるというスタンスが鮮明に示された。これらが医療費増大を招いている要因だと国は認識しているからであ

¹ 1972 年、時の総理大臣である田中角栄の指示を受けた自民党文教部会医学教育チームは、「無医大県」を 1976 年までになくすことを盛り込んだ医師養成

期計画をまとめた。1979 年の琉球大学医学部を以て、それは実現した。

る。これからも医療費は増加する。だがその要因は高齢化ではなく医師数・病床数であるとしてここに照準を定めたのである。これがおかしい議論の出発点にある。

京都府の医師偏在指標の具体的影響²について次に述べる。

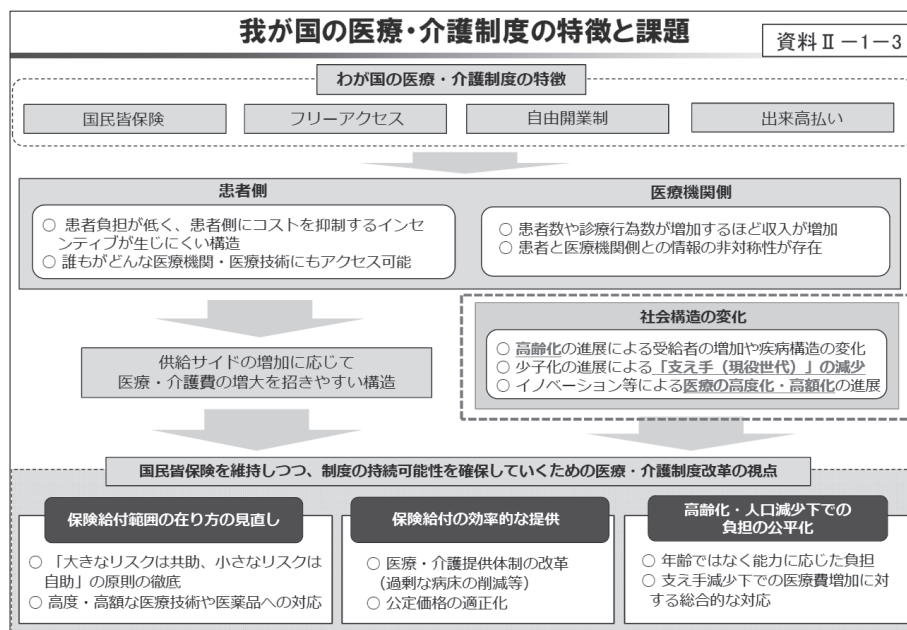
京都府は全国 2 位の「医師多数三次医療圏」とされた。4 月に国が示した指標によると、府内すべての二次医療圏にお

いて医師少数区域は存在しない。南丹・京都乙訓・山城南医療圏が「医師多数区域」とされた。外来医師偏在指標についても京都府は「外来医師多数三次医療圏」とされ、京都乙訓と山城南医療圏は「外来医師多数区域」とされた。

これらは実感と随分違う。京都府では医師の偏在・不足問題がいつも知事選挙等、政治の場で争点になっている。厚生労働省の指標に従うならば、京都府にはそのような問題自体が存在しないということになってしまう。

もう一つ、京都乙訓・山城南医療圏が外来医師多数区域とされてしまったのは、国の指標が患者流出入を反映したからだと説明されている。患者が他の医療圏で受診すれば医師多数区域となり医師は充足していると解釈すること自体がおかしい。国の医師偏在指標は結局のところ医師不足や偏在の現状追認でしかないということになる。

さらに厚生労働省は診療科別の必要医師数の見通しも示している。これは改正医療法・医師法にも定めがないにもかかわらず行った作業である。国が示した「たたき台」では、小児科、皮膚科等 8 つの専門科で将来医師が過剰にな



2019 年 6 月 19 日財政制度等審議会「令和時代の財政の在り方に関する建議」資料より

ると推計している。これはどのようなデータを使ってどのように計算したのか、私たちにはまったく検証できないものである。ブラックボックスであり黒塗りだらけの資料と言ってもよい。ある識者に伺うと、厚生労働省が「ナントカ総研」に丸投げしたものだという。

だが、影響は深刻である。そのたたき台によって、京都府はほとんどの専門科が将来の医師過剰を推計されてしまった。京都府では内科の医師が余っているから、他所へ差し出せ、ということである。

それを真に受けて、日本専門医機構が専攻医にシーリングをかけてしまった。しかし、そのシーリングも首をひねるようなものになっている。例えばリハビリテーション科は、京都府の専攻医数がゼロである。京都府では過剰だから若いリハビリテーション医はいなくてもよいというのが、このシーリングなのである。

こうした動きに追い打ちをかけるのが地域医療構想をめぐる 424 病院の問題である。厚生労働省は 9 月 26 日に開催された第 24 回目の地域医療に関するワーキンググループ（座長・尾形裕也九州大学名誉教授）において、2025 年の

² 12 月時点で公表された京都府の医師確保計画中間案では丹後・山城南は医師少数区域、中丹・南丹・山

城北はどちらでもない区域、京都・乙訓は多数区域とされている。

地域医療構想の実現に向けた具体的対応方針を「再検証」させる対象として、424 病院の公立・公的病院の実名を公表した。これは公立・公的病院を中心に、再編・統合を進める狙いがあり、京都府においても、市立福知山市民病院大江分院、舞鶴赤十字病院、国保京丹波町病院、独立行政法人国立病院機構宇多野病院が「再検証要請対象医療機関」に指名された。全国では済生会中央病院さ

え名前をあげられている。だが、こちらはたまたま病院の工事期間のデータが使われたための結果というお粗末な話である。

地域で病床削減を強行すれば、医師の研修条件が損なわれるため医師提供体制は確保できない。逆に医師偏在も進んでしまうだろう。全国では名前を公表された病院において、就職をとりやめる看護師さんが出てしまうなど、深刻な風評被害も報道されている。

この問題について協会は、「撤回」を求める副理事長談話を発出した。協会が指摘する問題点は次の 4 点である。①地域においては実質的な病床削減が強制され、医師偏在が加速し、地域住民が必要とする医療が提供できなくなる。やがて民間にも普及することは明白、②「診療実績」とし病床機能報告で集めたデータから、がん・心血管疾患・脳卒中の治療、手術の実績や救急、小児、周産期、災害、へき地、研修・派遣の実績を拾い出し、下位 33.3 パーセントの足切ラインを設定してそれ以下の病院を選んだとされている。しかしこれらの基準は、地域で医療機関が担っている役割の限られた側面を表すものに過ぎない。京都府において名指しされた病院は、人口減少、高齢化地域で地元の医療を支えている医療機関と、一般の民間

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年		2030年		2036年		必要員数に係る推計				
	2016年医師数（仕事量）	必要医師数（勤務時間調整後）	2024年16年の必要医師数と2016年の差	必要医師数（勤務時間補正後）	2024年14年の必要医師数と2016年の差	必要医師数（勤務時間補正後）	2030年10年の必要医師数と2016年の差	必要医師数（勤務時間補正後）	2036年16年の必要医師数と2016年の差	維持するための年間員数増減	達成するための年間員数増減	達成するための年間員数増減	達成するための年間員数増減
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	21	30	27	24
救急科	3,656	4,250	594	4,302	645	4,289	633	4,164	508	93	172	140	121
形成外科	3,321	3,431	110	3,448	127	3,417	97	3,303	-18	95	109	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

病院では担いきれない特殊な疾患の患者を長期的に受け入れている医療機関である。地域で診療所の医師たちが安心して医療を行うためには、こういった公立・公的病院の存在は不可欠である。厚労省は、地域での医療確保に向けて偏在対策に取り組んでいるが、本気で取り組む気があるのであれば、今回の再編統合対象リスト自体を撤回すべきである。③厚労省による地方自治への新たな介入である、④にもかかわらず日本医師会はあまりに「及び腰」である。

私たち協会は幾重にもわたり、厚労省・府への申し入れ、署名活動等、国の医師偏在是正策の見直しを求める運動に取り組んできた。

私たちの批判のポイントを整理しておく。

①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だ。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、いま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。

②加えて、医師不足地域での医業を可能とする仕組み＝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。

そもそも、医師の働き方改革における 1,860 時間という「上限規制」など、とんでもない提案がされてしまう背景には、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いう考えがあり、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ではないかと勘繰ってしまう。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、開業医が悪いのかのような論調が作られつつあることに警戒しておきたい。

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、医師をはじめ医療者は、時の国策から自由である必要があると考える。

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いよいよ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となるだろう。

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る。

講演 医師需給推計と医師偏在指標から医療提供体制を考える

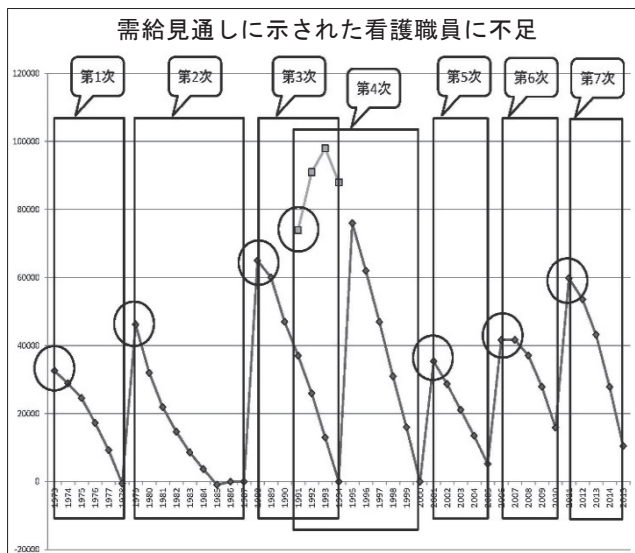
東北福祉大学総合福祉学部准教授 佐藤 英仁氏

厚生労働省は「医療者の需給に関する検討会」を立ち上げ、その検討を進めている。こうした検討は初めてのものではなく、1970 年頃から看護師を中心として、何度も需給に関しての検討は行われてきた。だが過去の歴史を見ると、大変な見通しの「はずれ」がある。看護師についていえば、需給見通しを行う度、むしろ不足数が増え続けてきた。国の需給見通しを鵜呑みにすれば、いずれ不足は解消するはずだった。

医師については、2006 年の医師需給検討会の結論を踏まえ、暫定的な医学部定員増の措置がされてきた。その一部が 2017 年度で終了することとなり、今後、数年間の医学部定員の在り方について早急に検討する必要がある。また、現在都道府県では 2025 年の医療需要を踏まえ



た地域医療構想の策定が進められており、病床の機能分化・連携に対応すべく、医師・看護師のみならず、リハビリ関係職種も含めた医療従事者の需給を念頭に置く必要がある—これが今、行われている医師・看護職員等の医療従事者の需給に関する検討会による作業の目的である。これらの作業は地域医療構想と強く連動



している。

小学生がいちばん目にするデータは人口であろう。逆に大人になってしまえば人口データを見ることなどほとんどないのではないか。現在、日本の人口は 1.3 億人。90 年前の日本の人口は 6000 万人だったが、やがて日本の人口は当時の水準に戻ると言われている。

人口構造が大きく変化するという国の見解については、確かであろう。人口減少は労働力不足、そして財源不足と絡めて語られる。医療経済学的に考えれば、人口減少は決して良いことではない。世帯構成も大きく変わってきている。高齢者単身・夫婦世帯が激増し、全世帯の 47.2% に 65 歳以上の人が含まれている時代となった。社会保障充実は絶対に必要である。それも高齢者のいる世帯のうち 6 割が高齢者のみ世帯なのである。この事実を地域住民皆で受け止め、考えなければいけない時代になっていると考える。同じように人口構造の変化にあわせた医療従事者の需給計画は必要であろう。

話を戻したい。国による医師の需給に関する検討は以前からあった。その経緯を振り返っておきたい。

1970 年、「最小限必要な医師数を 10 万人対 150 人とし、これを 60 年を目処に充たそうとすれば、当面 4～5 年のうちに医科大学の入学定員を 1,700 人程度増加させ、約 6,000 人に引き上げる必要がある」との見解が示された。

1973 年、「経済社会基本計画」（閣議決定）において、「医科大学については、計画期間中に医科大学（医学部）のない県を解消することを目途として、整備を進める」（いわゆる「一県一医大構想」）との見解が示された。

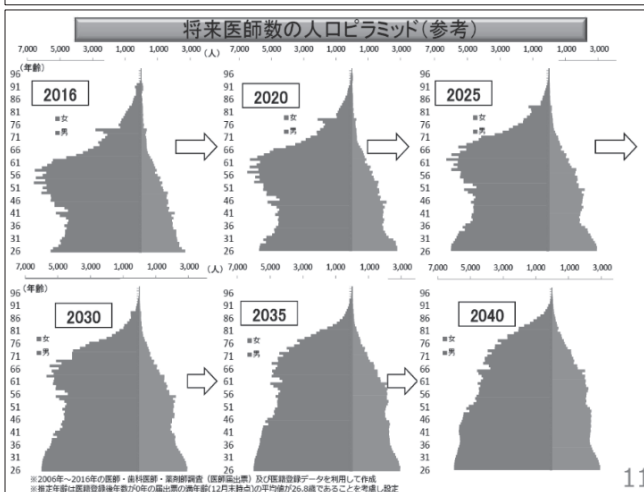
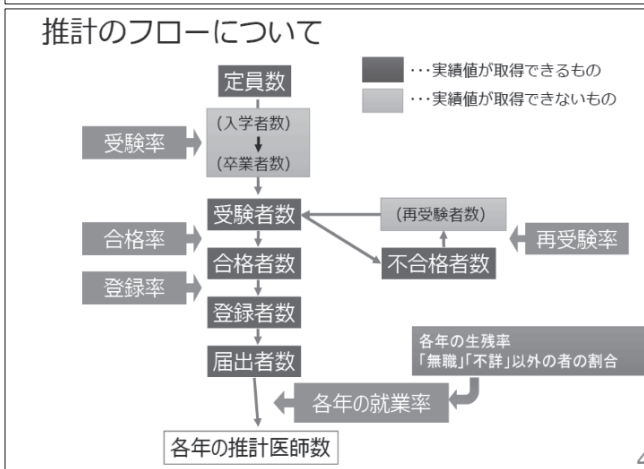
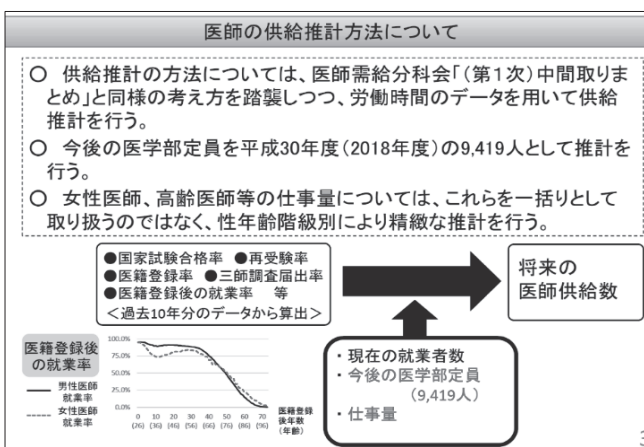
1981 年、「琉球大学医学部開設により、いわゆる「一県一医大構想」が達成され、1983 年、「人口 10 万人対 150 人」の目標医師数が達成された。

1986 年、「将来の医師需給に関する検討委員会最終意見」は「当面、昭和 70 年（平成 7 年）を目途として医師の新規参入を最低限 10% 程

度削減する必要がある」との見解を示した。

1993 年に、医学部入学定員が 7,725 人となった（1986 年から削減率 7.7%）。

1994 年、「医師需給の見直し等に関する検討委員会意見」が「医学部の入学定員の 10% 削減が達成できるよう、公立大学医学部をはじめ大学関係者の最大限の努力を要望する」との見解を示した。1997 年、「財政構造改革の推進について」（閣議決定）において、「医療提供体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入



（出所）厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会（第 19 回）」資料 1 から引用

供給数推計を詳しくみておきたい。供給は受験者数、合格者数、登録者数、届出者数から推

医師供給数の推計結果(案)

☐ 今後の医学部定員を平成30年度の9,419人として推計。

☐ 性年齢階級別の勤務時間の違いを仕事量として設定して推計。

Year	Projected Supply (Personnel)
2016	314,734
2017	317,956
2018	321,266
2019	324,569
2020	327,687
2021	330,691
2022	333,749
2023	336,688
2024	339,547
2025	342,193
2026	344,795
2027	347,118
2028	349,433
2029	351,754
2030	353,885
2031	355,807
2032	357,747
2033	359,747
2034	361,733
2035	363,737
2036	365,083
2037	366,634
2038	368,297
2039	369,831
2040	371,312

医師数推計に用いられている「仕事量」は、「1」を基本にして設定している。20代は若いから「1.24」と1よりも多い。一方の60代、70代は、それぞれ「0.86」、「0.64」とする。注意すべきは、「1」とは、「週51時間24分働く」のを前提としていることだ。つまり医師は1日

10 時間働くのが普通だ、という前提の計算である。ちなみに女性は 20 代以外「1」よりも低い仕事量と推計している。どうもこれは失礼な話に思える。

こうした作業の結果、現状通り養成すれば医師は安定的に増えていく、というのが検討会の結論であり、現在の 31 万 4,734 人の医師供給数が、2040 年に約 6 万人増え、37 万 1,312 人になるとする。

次に需要推計である。需要は、将来の医療需要と医療需要あたりの医師数を使って算出している。計算式は、「将来の医療需要×医療需要当たり医師数」である。なお、医療需要のうち入院医療については地域医療構想で用いた「必要病床数」が使われており、もしも地域医療構想の推計が間違っているなら、医師需給推計の根拠も崩れる。

供給推計の結論は 2040 年になると医師がそれほどいなくなる、というものである。だが繰り返し述べているように、それは追試できないし、再現できない。

入院は病床あたり、外来は患者一人当たりで推計されている。一方、介護老人保健施設だけは、2040 年に今より医師数が必要となるような結論とされている。

需要推計はケース 1 から 3 に分けて計算される。ケース 1 は、一人医師あたりの労働時間上限 55 時間、2 が 60 時間、3 が 80 時間と場合分けされ、3 種類の医療需要が算出されている。例えばケース 2 であれば、2028 年に医師不足はなくなると推計されている。

以上の計算式の問題点をあらためて整理すると、次のとおりである。

①計算に用いた数値のほとんどが、現状が未来永劫に続く、医師数も疾病構造も不変だと仮定していること。

②医師数データは医師不足状態にある現在の医師数を使用していること。これでは医師不足の需給推計にしかない。

③入院医療における需要推計は地域医療構

医師の需要推計 (1) 臨床に従事する医師-1

○推計方法

$$\text{将来の医療需要} \times \text{医療需要あたり医師数} = \text{将来の医師の需要推計}$$

入院医療（一般病床・療養病床^①・精神病床^{※1}（②））

年	医師の需要推計
2016	199,900～227,300
2025	201,800～228,400
2040	194,100～215,900

※1

○ 地域医療構想の将来の必要病床数（病床の必要量）の推計のうち、パターンC^②による推計に基づく。（2025年において、高度急性期13.0万床、急性期40.0万床、回復期37.5万床、慢性期28.5万床、合計119.0万床。なお、将来（2025年）介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数は297万人となるが、これは外来患者数に含む。）

○ 精神病床は、地域医療構想に含まれていないため、「精神科医療の機能分化と質の向上に関する検討会」における「今後の方向性に関する意見の整理」（平成24年6月28日）を踏まえ、入院期間別に5つ（3か月未満、3か月以上1年未満、1年以上）に区分して推計する。なお、受療率は患者調査における直近の年齢階級別入院受療率に将来の人口構成の推移と近年の受療率の年次推移（変化率）を年齢階級別に反映して推計を行う。

（注）資料に該当する全ての二次医療圏は、パターンB^②（全ての二次医療圏において療養病床の入院受療率と全国最小値（病床）との差を一定割合（全国最大値（病床）が全国中央値（病床）にまで低下する割合）を解消するとして推計）の目標入院受療率の達成年次を2030年（平成42年）とし、2025年（平成37年）においては、2030年から比例的に推算した入院受療率まで低下するとし、その他の二次医療圏は、2025年までにパターンBの目標入院受療率まで低下するとして、推計。）

18

医師の需要推計 (1) 臨床に従事する医師-4

○推計方法

$$\text{将来の医療需要} \times \text{医療需要あたり医師数} = \text{将来の医師の需要推計}$$

入院外の医療（無床診療所部分^③・外来医療^③・訪問して行う診療^④）

年	医師の需要推計
2016	107,900～113,200
2025	112,200～118,500
2040	106,500～112,100

※1

○ 病院及び有床診療所の医師は、入院医療とともに、外来医療（在宅医療等を含む。）にも対応を行っている。この外来医療需要（病院及び有床診療所の外来需要）については、入院医療需要と同様に推計すると仮定し、「一般病床及び療養病床において臨床に従事する医師数」として「一般病床及び療養病床」において（一括して）推計する。

○ 将来の外来患者数については、直近の患者数（セブデータ）に基づき、初・再診別を算定している患者数（往診・訪問診療等を含む）を年齢階級別に人口で除して、年齢階級別受療率を推計した上で、将来の人口構成の推移と近年の受療率の推移（変化率）を年齢階級別に反映して推計する。

※2

○ 訪問して行う診療の対象患者数は、直近の患者数のうち、訪問して行う診療患者数（往診科（緊急往診等を含む）・訪問診療料を算定する患者数）を用いて推計する。（全ての無床診療所の外来患者数のうち、訪問して行う診療の患者数はおよそ1.5%。）

○ 地域医療構想における、「将来（2025年）、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数29.7万人を加えたものとする。」

※3 三節調査において、診療所で臨床に従事する医師数に着目する。次に、医療施設調査（常勤換算）を用いて、有床診療所、無床診療所のそれぞれに按分することで、有床診療所、無床診療所それぞれで臨床に従事する医師数を推計する（訪問して行う診療部分を含む。）。)

21

医師の需要推計 (1) 臨床に従事する医師-5

○推計方法

$$\text{将来の医療需要} \times \text{医療需要あたり医師数} = \text{将来の医師の需要推計}$$

⑤ 介護老人保健施設

年	医師の需要推計
2016	2,700
2025	3,700
2040	5,000

※1 直近の介護老人保健施設の年齢階級別入所者数（介護給付費実態調査に基づく）を年齢階級別人口で除して、年齢階級別の入所率とした上で、将来の人口構成を反映して推計する。

※2 三節調査における、介護老人保健施設に勤務している医師数から推計する。

臨床に従事する医師の需要推計において勘案する事項

○ 次の項目について幅を持って推計を行った。

	考え方	ケース1	ケース2	ケース3
①労働時間上限制限の見込み方	「医師の働き方改革に関する検討会」の「中間的な論点整理」における意見等における具体的な労働時間上限制限の時間数等が、仮に規制として適用された仮定を行う	週55時間制限	週60時間制限	週80時間制限
②労働時間の適正化の見込み方	AI・ICT、IoT等を活用した効率化、医師から他の職種へのタスク・シフティング等について複数のケースについて仮定を行う	2016年～2040年で7%の業務削減を見込む※	ケース1の達成を2.5%程度（10%）前倒し	ケース1の達成を5%程度（20%）前倒し
③精神病床の入院需要の年次推移	「患者調査」や「社会医療診療行為別調査」に基づき、近年の受療率の推移（変化率）を踏まえ推計	近年の入院受療率の推移（変化率）の幅を、0.9～1.1倍にして延伸（ケース2は1.1倍）		
④外来需要の年次推移	「患者調査」や「社会医療診療行為別調査」に基づき、近年の受療率の推移（変化率）を踏まえ推計	近年の外来受療率の推移（変化率）の幅を、0.9～1.1倍にして延伸（ケース2は1.1倍）		

※ 「医師の働き方改革に関する検討会」（平成29年度厚生労働省特別研究「医師の働き方改革に関する調査研究」）研究員 協賛等を踏まえ、医師の業務の7%が、タスク・シフティング等によって削減されるものと仮定

23

（出所）厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会（第19回）資料1から引用

想における将来の必要病床数（機能別）を使用していること。

④2025 年と比べ 2040 年の入院・外来医療需要を減少と推計、高齢化が進むのに医療需要

が本当に減るのか、根拠がわからないこと。

⑤2005 年の国立社会保障・人口問題研究所の予想人口は 252 万人のズレがある。このままズレ続けられれば 681 万人の差となる。よって、人口推計の見通し誤りによって医療需要の過少評価となっている可能性がある。

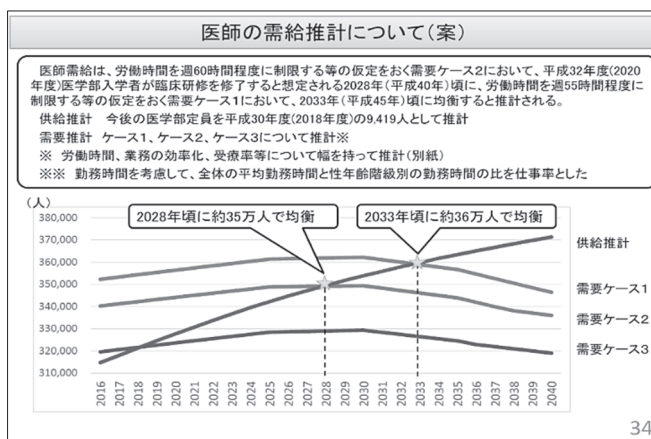
⑥使用された医師の労働時間は週 20 時間、月に 90 時間という長時間の残業を前提としている。

さて、医師偏在指標についてもみておきたい。医師偏在指標は、潜在的な医療需要が反映されていないことが最大の問題である。「本当はいきたいんだけどいけない」、という人を需要として見込んでいない。指標が考慮しているのは医師数と需要率、すなわち標準化医師数と標準化受療率のみである。潜在的な需要が考慮されていない。たとえば、東北人は我慢強く、ぎりぎりまで我慢すると言われるが、そういう視点も考慮すべきである。用いられている医師の平均労働時間も過酷な労働環境がそのまま計算式に投入されている。医師はたくさん働いて当たり前との前提に立っており、その労働時間は未来永劫不変である、という立場の指標といえる。

OECD の平均から見れば、明らかに絶対的医師不足がある。厚生労働省は従来用いてきた 10 万人対医師数は不十分であり、より本質に迫るものを作ったつもりなのかもしれないが、OECD データに表れている「絶対的医師不足」の可能性を検証すべきではなかっただろうか。OECD の医師数平均は 300 人。日本の都道府県でその平均に届いている自治体はない。医学部定員が増えても、OECD よりは随分低いまま推移してきたのである。

クラスター分析という手法がある。比較のために同じ属性を持っている国を比較するために、その国を抽出する。

GDP と医療費と高齢化率をクラスター分析にかけ、比較的日本と近い国 21 カ国をグループにすることができた。そのグループで比較

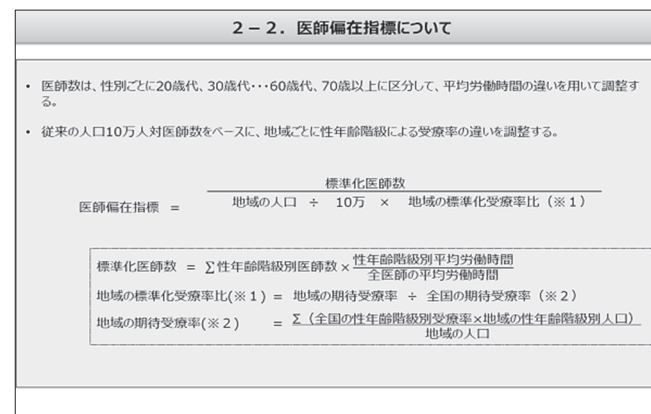


(出所) 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(第19回)」資料1から引用

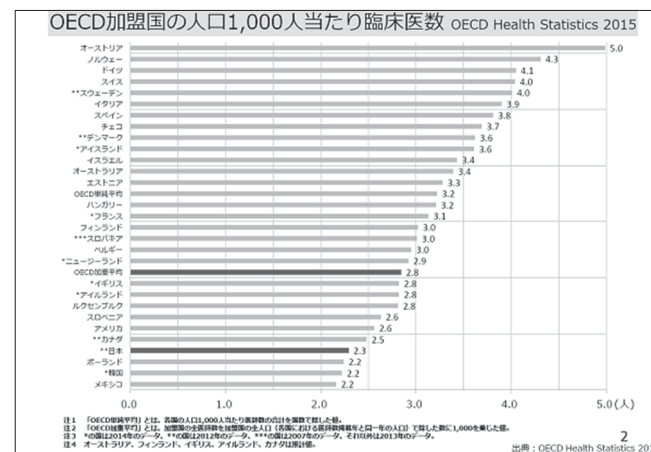
(単位:千人)

西暦	実際の人口	将来推計人口	差
2005	127768	127768	0
2006	127770	127762	8
2007	127771	127694	77
2008	127692	127568	124
2009	127510	127395	115
2010	128057	127176	881
2011	127799	126913	886
2012	127515	126605	910
2013	127298	126254	1044
2014	127083	125862	1221
2015	127095	125430	1665
2016	126933	124961	1972
2017	126706	124456	2250
2018	126443	123915	2528

(出所) 総務省統計局「人口推計」(各年10月1日現在人口)をもとに作成した



(出所) 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(第22回)」資料2-1から引用

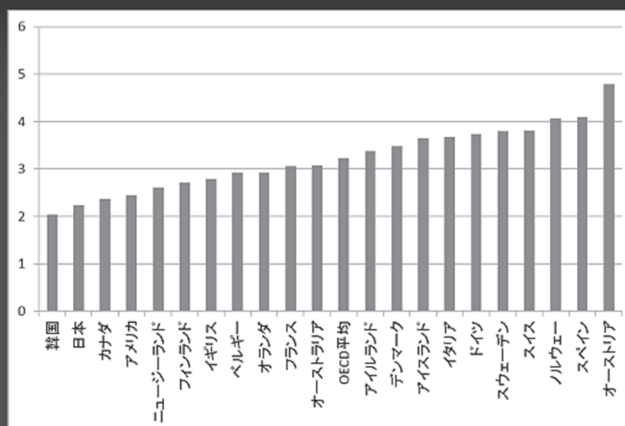


した結果、日本は韓国に次いで少ない。新卒医師でみれば最も少ない。看護師数も平均よりも下回る。新卒看護師数も大きく下回っている。

日本において、医師数が OECD 平均に到達するには、あと 12 万人臨床医を増やす必要がある。医学部定員で 6,000 人である。無論、制度は国によって違うため単純比較はできないのはもちろんである。

だが、そうした視点もないままに厚労省の出してきた様々な数式、指標、推計値は怪しいと考えている。現場の医師は今、怪しい数値に基づいて苦勞を強いられている。

分類した21カ国の人口1,000人当たりの臨床医数(人)



(出所) OECD Health Data 2012をもとに佐藤が作成した。

京都府における医師確保計画の策定状況

協会は、京都府保健福祉部医療課から、「京都府医師確保計画」に関する府の基本的な考え方を中心に聞き取りを行った。

京都府は9月6日に開催した京都府医療対策協議会に医師確保計画に関する資料を示した。策定スケジュールとして、12月に中間案の議会報告を経て、今年度中、2020年3月までの策定が目指されている。しかし、国から4月段階で示された暫定版の「医師偏在指標」以降、正式な指標がまだ都道府県に伝えられていない状況とのことであった。

京都府が医師確保計画策定にあたって考えている4つのポイントである。

1つが、「医師偏在指標について」。「地理的要件、距離・時間等のアクセス状況等地域の実情を考慮した独自の指標を試算する」とある。京都府に対し、「国とは違う、独自の指標をつくり、用いるということか」と聞いたところ、「オールジャパンで用いることができるものは用いて、府独自の状況については+αとして反映させるようにしたい」との趣旨で回答があった。問題意識として、現在の指標における受療率が「地域の標準化受療率比」を用いており、現実の受療率を用いていないことが一つの問題と

私たちは考えているが、府の考えも同様かと尋ねたところ、「そういうことです」とのことであった。

2つめが、重点事項の考え方について、である。厚生労働省医政局長が2019年3月29日に発出した通知に示されているとおり、医師確保計画の眼目は、「医師偏在指標」を使って「医師多数」「医師少数」区域を明確化させ、医師少数区域においては医師増をめざしつつ、医師多数区域においては、他の区域からの医師確保を原則禁じるということにある。現実に都道府県内でどのような医療需要があり、それにこたえる医療提供体制の実現に向けて医師をどう確保するのかというような計画ではないと、私たちは認識している。その点からいえば、府が独自に「重点事項」を設定することの意義は、国の考える枠組を超えるものだとも考えられる。

「重点領域の検討」において、「二次医療圏を超えて対応すべき疾病」、例えば心筋梗塞、脳梗塞、大動脈瘤乖離等の「緊急性が高く、専門性が高い」ものについては、二次医療圏の枠に止まらない形で提供体制を構築し、そのための医師を確保する計画を府は考えている。

3つめは、医師少数スポットである。国の通

知は、「医師少数区域ではない地域」であっても、局所的に医師が少ない地域を医師少数スポットとして定め、医師少数区域と同様の扱いをしても良いとしている。ただし、「設定は慎重に」とくぎを刺している。京都府のように、医師少数区域がないとされ、ありえないような地域が医師多数区域だと言われてしまった都道府県においては、医師少数スポットの活用は大きなポイントになるであろう。医師少数区域と同様の施策が可能になるということは、地域枠の設置・増員ができる。また、医師多数の二次・三次医療圏からの医師確保ができる、からである。府が医師少数スポットを設定する上での基本的な考え方としては 3 点、書かれている。本日お話しいただく「山城南医療圏」＝相楽地域において、これら 3 つがあてはまるか。一つ目の過疎地域自立促進特別措置法の指定地域とは、同法の指定となると、特別な財政措置が受けられるというものだが、和束・笠置はあてはまっている。ただ、（これは計画全体についての不安でもあるが）ここにどうやって、医師を確保するのか、既に開業されている方との経済的な競合の問題についてはどうか、という質問に対しては、「大変難しい話だ」との反応であった。いずれにせよ、3 つの「考え方」も現時点のものであり、今後検討を進めるとのことであった。

4 つめは、診療科別医師数調査である。これも独自のものだが、先の「重点事項」設定に向けた実態の調査であるとのことだった。てっきり専門医シーリングへの対抗だと思ったが、そうではないということである。府内 167 病院を対象に実施する。

加えて、こちらから確認したのは、「外来医療計画」についてである。外来医師偏在指標については「（独自を含む）」と表記されていることから、必ずしも独自の設定を考えていないものと見受けられた。その理由を尋ねると、外来医師多数区域になっても「デメリット」がないということであった。

しかし当方より「多数区域では新たな開業ハードルが加わる。それは長いスパンで見れば自由開業規制につながる道である」とあらためて指摘した。これに対し府は、我々がハードルと呼んでいる多数区域での新規開業に当たって、「届出様式」に「地域で不足する外来医療機能を担うこと」に合意する欄をもうけ、協議の場において合意の状況を確認する、という新しい仕組みについて、果たしてそれをハードルと呼ぶかどうか、について一定の疑義が示された。その上で、府が答えたのは「物理的な問題」である。開業に当たっての府への届出は、開業後 10 日以内に届けるというものである。都道府県には事前に開業を察知するタイミングはない。開業以前に、新規開業を考えている地域が多数であることを伝えたり、不足している医療機能を担うよう「合意」を求めたりすることなどできないのではないかとコメントした。そこで府としては「情報提供」については、行う必要性を感じているとのことであった。一方、府は自由開業規制は「憲法違反」にあたるとの認識を何度も示した。

最後に、「地域枠・地元出身者枠」の問題についても聞いてみた。医師確保計画、医師偏在指標が具体的に地域枠にどう影響してくるのか、という点については、皆目不明であり、国の議論を注視したいとのことであった。改正医療法・医師法においては、「都道府県知事から大学に対する地域枠・地元出身入学者枠の設定・拡充の要請権限の創設」とあるが、これはあくまで医師少数区域への措置であると考えられる。では、医師多数区域、医師多数都道府県における「地域枠・地元出身者枠」とは今後どのような取り扱いになるのか。最悪、京都府の「地域枠」で育った医師が他府県の医師少数区域にしか就業できないというような、エキセントリックな政策もあり得ると考えるか、と聞いた。これに対しては「これまでの都道府県の政策が否定されるものではないと考えている」との回答であった。

医師多数区域の医療事情と問われる公的医療機関

〈山城南医療圏東部 2 町の医師として〉

（相楽医師会・笠置町）伊左治 友子氏

先ほどから話題になっている山城南医療圏である相楽地域にある笠置町という小さな町で開業している。相楽地域はこれまで医師不足と言われてきたのに、突然医師多数区域と呼ばれることとなった。



相楽地域は京都府の南の東の外れにあり、滋賀県、奈良県、三重県、大阪府に囲まれ、5 町村からなる。精華町・木津川市は学研都市ということで若い住民も多く、子どもたちの出生率も高く、ハイカラな街として発展している。しかし、あとの 3 町村は過疎地であり、住民のほとんどが高齢者という田舎の町である。笠置町の高齢化率は 50% を超えた。人口を見ても西高東低であり、精華町は 3 万 7,000 人、木津川市 7 万 7,000 人、和束町は 4,000 人、笠置町は 1,300 人、南山城村は 2,700 人である。外来を担う診療所の数は、精華 20、木津川 40、和束 3、笠置 1、南山城 1 である。したがって、笠置と南山城は私たちがいなければ無医村になってしまう。笠置町の人口は大きな高校 1 つ



分もないくらいであるため、対人口という考え方だけでいえば 1 人の医師で成り立つのかもしれないが、何しろ面積が広い。数字だけでは表せないものがある。

しかしなぜ、相楽地域は多数地域と呼ばれることになってしまったのか。図は、大腿骨骨折の患者さんを各地域においてどこで受け入れているかの調査である。山城南では、圏域内で治療出来ている人は 34% に過ぎない。多くは山城北や他府県に搬送されていることがわかる。笠置、南山城なら奈良が多いものと考えられる。

大腿骨骨折の場合、自分の暮らす医療圏では 1/3 しかカバーされていないのである。しかし、他で受け入れられているから、需要に対する供給は満たされている、というのが医師偏在指標で相楽地域が医師多数区域とされた理由である。これまでは圏域内で完結する医療を目指せと言われてきたのに、突然に「ほかにいけば大丈夫」と

と言われることになったのである。

実例をあげると、レビー小体型認知症である私の患者さんが畑で転倒、骨折した。圏域内の病院にお願いするも、夜中であつたため、整形外科の先生が当直されておらず、受け入れていただけなかった。いくつかの病院をあたり、やっと山城北医療圏の病院に受け入れてもらえた。手術はうまくいったものの、回復期で折合いが付かなくなった。患者さんが暴れ、精神科の病院で受けるしかないということになり、奈

○股関節大腿近位骨折・股関節大腿近位開放骨折											
	医療機関二次医療圏										
	丹後	中丹	南丹	京都府	乙訓	山城北	山城南	府内(不明)	府計	府外	合計
加入者二次医療圏	丹後	39 83.00%							44 93.60%		47 100.00%
	中丹		105 95.50%						105 95.50%		110 100.00%
	南丹			22 62.90%	11 31.40%				34 97.10%		35 100.00%
	京都府			404 87.30%		22 4.80%			435 94.00%	28 6.00%	463 100.00%
	乙訓			14 31.10%	24 53.30%				42 93.30%		45 100.00%
	山城北			27 13.30%		159 78.30%			186 91.60%	17 8.40%	203 100.00%
	山城南					11 28.90%	13 34.20%		25 65.80%	13 34.20%	38 100.00%
	府計	39 4.10%	114 12.10%	25 2.70%	457 48.60%	29 3.10%	194 20.60%	13 1.40%	871 92.60%	70 7.40%	941 100.00%

京都府地域包括ケア構想(地域医療ビジョン)平成29年3月抜粋

良県の病院に送られた。このように、数字として表れている言辞とは「これでいいじゃない」といって許せるようなものではない。医療者も患者も困り果て、やむを得ない結果として表れている数字であることを理解してほしい。

介護需要予測指数も紹介しておきたい。木津川市は診療所の新規開業が増えていく予測。精華町も介護施設が増える可能性があると考え。だが東部地域で新規開業は見込めない。そもそも介護スタッフが確保できない。全国的に人口構成の変化もあり、職員が確保できなくなっている。

一番困るのは過疎地である。笠置町の地域医療資源グラフ化してみると、例えば内科系診療所は人口 10 万人あたりで全国平均が 43.85 であるのに対し 73.1 である。これは人口が少ないからに他ならない。人口 1300 人に対し医師が 1 人であるから。また小児系も皮膚科系も同様に全国平均を上回るのは、私の診療所がどちらも標榜しているからである。当院 1 軒しかないのだから、必要なことは全部当院でやらなくては仕方がない。しかしこうして数字にしてしまえば「足りている」ようにしか見えない。当院が診療をやめてしまった途端、これらの数字は全てゼロである。そうした現実を国は汲み取っていない。

介護についても同様の困難がある。2015 年、かつて笠置町が直営で実施していたデイサービスを当院で引き継いだ。訪問介護事業所は社会福祉協議会が運営しているが、常勤職員が不足している。笠置町は高齢者が多く、独居、高齢者のみ世帯が多い。訪問看護が必要なのにヘルパー人材が不足し過ぎている。募集しても誰も来ない。このような状況で、需要予測など示してほしくないという気持ちにすらなる。大体この需要予測を見ていると、「この年になったら私はいくつやねん。そこまで生きてるんかいな、私は」と考えてしまう。

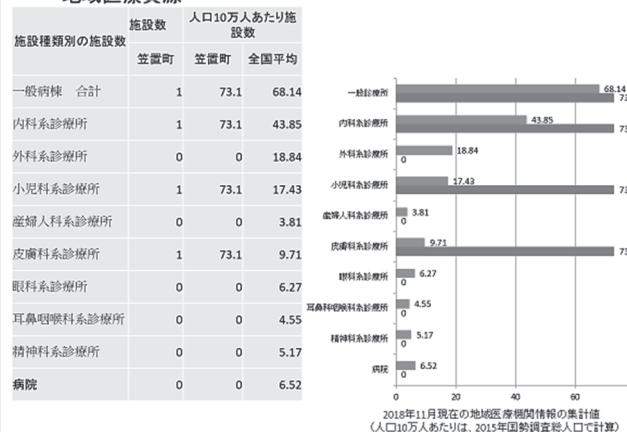
笠置町の将来推計人口をみると、笠置町の今は日本の将来だと思える。そういう意味では先

笠置町医療介護需要予測

	2015年 国勢調査	2020年 予測	2025年 予測	2030年 予測	2035年 予測	2040年 予測	2045年 予測
医療	100	104	106	106	104	104	102
介護	100	113	128	133	132	131	133

各年の需要量を以下で計算し、2015年の国勢調査に基づく需要量＝100として指数化
 ・各年の医療需要量＝14歳×0.6＋15～39歳×0.4＋40～64歳×1.0＋65～74歳×2.3＋75歳～×3.9
 ・各年の介護需要量＝40～64歳×1.0＋65～74歳×9.7＋75歳～×87.3

笠置町 地域医療資源



笠置町将来推計人口

年齢階層	国勢調査	将来推計人口					
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年
年少人口(0～14歳)	63	46	31	22	16	14	8
生産年齢人口1(15～39歳)	239	171	121	83	58	36	25
生産年齢人口2(40～64歳)	439	348	282	232	188	137	101
高齢者人口(65歳以上)	627	614	565	500	435	389	326
後期高齢者人口(75歳以上＝再掲)	344	342	345	336	304	263	220
総人口	1368	1179	999	837	697	576	460

国立社会保障・人口問題研究所(2018年3月推計)

進地域なのかもしれない。高齢社会の未来図であろう。生産年齢人口が少ないと、地域は成り立っていかない。子どもを産める年齢の方が少ないと、当然子どもは生まれない。何年か前に出生数0の年すらあった。人が暮らし続けられる町にならないといけな。医療以前の問題で、町そのものを続けていけるかどうかこそが大事だと考える。しかし仮に笠置町が医師少数スポットになればどうなるか。私がいる以上、厄

介なことになるのではないかと。

どうしていけばいいのか。そもそも木津川市は平成の大合併で 3 つの町が合わさってできた自治体である。当時、全町合併の話もあったが、笠置町などは「お荷物」だから入れてもらえなかった。しかし、隣接する奈良県の地域も昭和の大合併で奈良市に入った地域という。ここは笠置町よりもさらに田舎であり、医師もいない。でも奈良市だからと、そこに住んでいる住民は見放されている。地元で医師がいないから訪問診療に来てほしいという話が私の方に来る。

自治体というのは、大きくなるのがいいのか、合併がいいのか、本当のところどうなのか。難しい問題だと思いながら日々、医療を実践している。見方によれば笠置は小さい分、隅々まで目配りができているともいえる。

（相楽医師会・和束町）柳澤 衛氏

山城南医療圏は医師多数区域ではない。笠置町は 1 人の医師が、私の開業する和束町は 3 人の医師が支えている。和束町は風光明媚な地域だが人がいない。私も年齢を重ねてきた。みなさんはいつになったら引退しようと考えておられるでしょうか。65 歳でしょうか、70 歳かそれとも 75 歳でしょうか。田舎の医師はいつまでもがんばらないといけない。75 歳で仕事しているというのは、やはり働きすぎだと思う。

和束町では医師自身の高齢化がとりわけ問題となっている。3 人の医師の平均年齢は 70 歳を超えている。医師 3 人で 3,800 人を診ているがやがて、1 人になってしまうだろう。10 年経てば跡継ぎもなく、無医村になってしまうだろう。私の子どもは医学部に入ったが、合格を知って元気にこう言ったものだ。「良かった。この村を出ることができる」と。身内でもそのような状況である。いくら地域枠をつくったところで、自分のやりたい医療、やりたい生活がで



きない状態では開業などできない。

私も開業医として、外科処置もするし、内科もやる。慢性疾患の管理もするし、乳幼児健診、校医、行政の委員にもなっている。それどころか将来の診療所の場所を決める委員会にも出ている。トリアージもしなければいけないし、地域包括ケアシステムも中心は医師である。近年、往診は減ったのだが代わりに介護保険にかかわる仕事が増えている。

人口だけを取り上げて、医師が過剰などといえるはずがない。診療科ごとの医師偏在と国はいうが、医師一人一人は様々な仕事を抱えている。私にとってのいちばん遠い患者さんは 10 キロ離れた場所に暮らしている。1 つの行政区には 1 つの医療機関を、ということさえ実現がしんどい時代になってきているのではないかと。

補足発言

（相良医師会・木津川市加茂町）吉村 陽理事

私は木津川市の加茂町で開業している。加茂町は木津川市ではあるが、東部にあり、接する和束町・笠置町と同様に人口減少地区である。木津川市として合併する以前に、加茂・和束・笠置・南山城の相楽東部 4 町村での合併話が出たが、加茂町は断った経緯があると聞いている。しかし加茂は合併の結果、木津川市の周辺地域となり、かえって過疎化が進んできている。

補足したいのは交通アクセスの問題である。加茂町には JR の駅があり、電車で奈良・大阪に直通している。笠置町はディーゼルが走っているが加茂で電車に乗り換える必要があり、木津川の溪谷沿いのため悪天候ですぐ不通となる。和束町に鉄道はない。つまり子どもや大人・高齢者が安心して通学・通勤・通院できない地域であることがこの地区の、医療や生活の問題の背景の一つとしてある。これは大事なポイントであるため、補足発言させていただいた。



〈再編・統合を名指しされた病院から〉**（福知山医師会・大江町） 吉河 正人理事**

お手元に福知山市民病院の管理者である香川院長が発出された広報等の資料をお配りしている。院長ご自身のお考えは、資料を参照いただくとして、私は市立福知山市民病院大江分院の近くで医療を担う者として、お話しをさせていただきたい。



福知山市の地図を見ていただきたい。今回名指しされた大江分院は北東寄りに位置しており、本院との距離は 11.8Km ある。また分院から 500m に私の医療機関がある。旧大江町は過疎地域とされており、そこに 2 医療機関ある。

大江分院の歴史は古く、昭和 28 年 1 月 16 日に旧大江町国保大江診療所として開設され同年、病院と改称（22 床）した。

その後、増床等を経て 2005 年 4 月 1 日、公設民営化で国民健康保険新大江病院と改称（一般 36 床、療養 36 床）され、18 年 1 月 1 日の市町合併で福知山市が開設者となった。しかし医師確保が困難になり、2015 年 4 月 1 日、再び公設公営化され、現在の「市立福知山市民病院大江分院」として 72 病床（一般 36 床、療養 36 床）を持つ病院として、現在に至る。

2015 年 4 月段階では、常勤医は整形外科医 1 人、内科医 4 人の体制で、2018 年 4 月から、常勤医は内科医 4 人（うち 1 人は総合内科医を目指す専攻医）となり、整形外科医は非常勤となった。現在、当直は常勤医 4 人と本院の総合内科医 3 人という固定メンバー＋αで担っている。夜間の外来看護師はオンコール体制であり、時間外の外来患者には基本的には当直医のみで対応しており、開業医と同じようなスタイルである。

在宅医療も前身の国保新大江病院による訪問診療を継続する形で、2015 年 4 月のスタート



時点から行っている。時間外、夜間は宅直の形で対応していたが、2015 年 7 月から診療報酬上、「強化型・単独型在宅療養支援病院」の施設基準を届出された。しかし医師確保の問題で単独型が困難となり、私が週 2 回当番に加わる形で、2017 年 4 月からは「強化型・連携型在宅療養支援病院」に変更された。しかしそれでも体制がとれず、2019 年 3 月末で在宅療養支援病院を辞退された。

しかしながらその後も在宅医療は継続しており、時間外はオンコール体制となっている。今も在宅療養支援病院再届出に向け体制整備中だが、医師確保が厳しい状態となっている。

訪問リハビリテーションも行っており、理学療法士 1 人が対応（PT が 4 人・OT が 1 人在籍）している。しかし、訪問リハは使いにくくなっており、現在の主治医は分院または本院の医師に限られている。訪問看護ステーションもがんばっている。

救急告示病院も引き続き担っているが、対象はかかりつけの患者さんのみ。一方、病床稼働率は 80%を超えており、しっかり病床は回っているといえる。検体検査は本院で実施するが、急ぐ場合は分院でも行う。診療時間内は単純レントゲン、CT が可能である。

課題はやはりマンパワーであり、特に看護部門が深刻である。在宅療養支援病院の再届出には当直医確保がハードルとなっている。届出をやめて、大きな減収となっているようだ。しかしそれには病院当直と在宅当直の 2 人体制が

結論として、大江分院は地域でがんばっている医療機関である。全会派一致で市議会も存続を要望している。

京大病院総合臨床教育・研修センター特定教授
伊藤 和史氏



本日のフォーラムで何度も取り上げられているように京都府は医師過剰地域とされている。しかし、都道府県単位でみた場合の人口当たり医師数の問題とは別に、都道府県内における地域偏在の問題がある。京都府内でも存在する地域偏在問題に、本日お集まりの先生方は頭を痛められている。しかし厚労省は都道府県内のことは都道府県に丸投げである。また、地域貢献率の高いプログラムは、定員を増やしても良いというようなことさえ言っている。これは後に触れる。

取り上げるべきシーリング問題とは何か。わかりやすく言えば、厚労省による医師の需給計画において、国が推計した 2024 年時点での必要医師数を上回る都道府県や診療科に対し、その専攻医の募集定員を絞っていくというものである。即ち、医師多数区域における専攻医定員を絞り込むことで、医師少数区域に医師数を回そうというものである。

京都府における内科の例をあげておきたい。今まで京都府は 80 人前後の専攻医を募集してきた。ところが、「京都府さん医師多いですよ、内科医をそんなに育成してどうするのですか？ これからは年間 8 人の内科医を養成す

[illegible]

げる仕組みをつくっても、実際の施策に反映させるにはかなり高いハードルがある。医道審議会の議論、決議は強力である。本来、都道府県が悩んでいる課題に寄り添った施策が求められるはずだが、なかなかそうはなっていない。

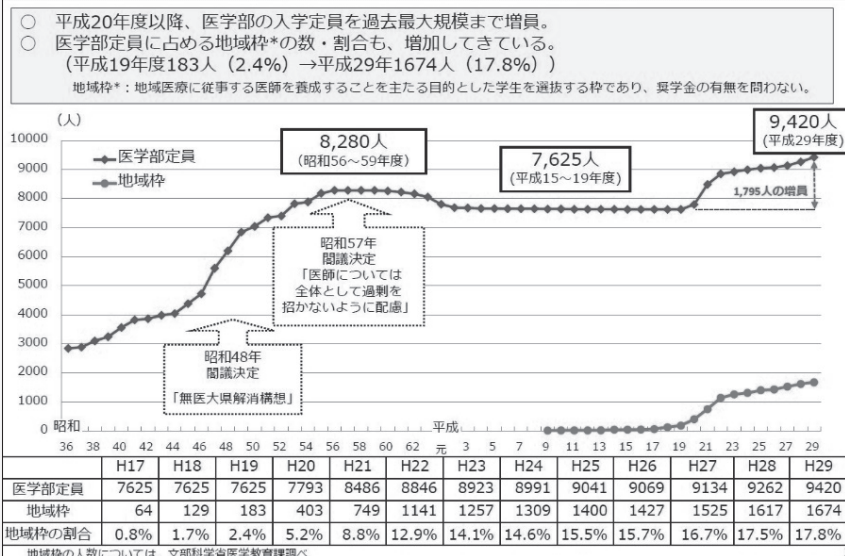
地域枠学生についてである。地域枠は医学部入学時点で基本的にはその都道府県の医療に貢献すると約束して入学する医学制度である。定員は既に 9,420 人になっており、どんどん増えている。2016 年は 1,618 人。医学部にして約 16 校分の地域枠の学生が出ている。その比率は極めて高い。たとえば札幌医科大学は定数 110 のうち 90 人が地域枠である。京都府では府立医大が 7 人の枠を持っており、その方々が府内の医療にも携わってくれている。

私見だが、地域枠出身者の勤務地をあまりに強く縛ることなく、シーリングとは別に、彼らが期間中に他の都市でも一定期間診療を経験し、学ぶことができるような柔軟な仕組みも必要ではないか。

本当は、全体枠を増やした上で、都道府県が少数地域への配置を考えるのが理想である。しかし、京都府では専攻医のシーリングによって入口そのものが狭められてしまう。審議会の議論はシーリングのウェイトが高い。しかし本来の医道審議会は、いかに優秀な専門医を育てるかということに比重を置くべきではないのか。

本当にシーリングは偏在解消に役立つのか。京都府の切実な状況をこの場で、聞かせていただいた。そうした地域の実情が反映されるような施策を展開されねばならないし、それを踏まえた府の意見を厚労省に聞いてほしいと考える。今のままの施策を進めれば、解決し得る課題さえ解決できなくなってしまうのではないだろうか。

医学部入学定員と地域枠の年次推移



司会者のまとめ

副理事長 渡邊 賢治

都道府県化された医療制度のもとで、病床コントロールだけでなく、医師のコントロールさえしようとしている。

国の政策では現状を良くしていくことができない。国が地域の医療を検証不能な机上の計算で何かをやろうとするのが問題である。国はもっと現場を知る必要がある。自ら経験してほしい。そういうふうな政策をつくりあげてほしい。彼らが地域に来ないのだから、私たちが声をあげていくしかない。

みなさんとそうした取組をすすめていきたいと思います。本日はありがとうございました。



国会議員からのメッセージ、あいさつ

あいさつ

メッセージ

倉林明子参議院議員

木村弥生衆議院議員

山井和則衆議院議員

川合孝典参議院議員

2019 年 12 月に京都府は「京都府医師確保計画（中間案）」を公表。そこには、国の新たな医師偏在指標により丹後が「どちらでもない」から「少数」に、南丹が「多数」から「どちらでもない」に、山城南が「多数」から「少数」に変動している数値とともに、府として医師の仕事量、患者受療率、地理的要因を加味した独自指標を設定して医師確保の重点順位を①丹後②南丹③山城南④中丹⑤山城北⑥京都・乙訓とした対策などが盛り込まれている。協会はこの中間案に対するパブリックコメントで、府が独自指標を作ったことや国が求めた外来医師多数区域での開業規制策を盛り込んでいないことなどの姿勢を評価した上で、二次医療圏単位で医療状況を捉え、施策を考えること自体に限界があることを指摘し、より小さな地域で分析・検討する必要性を訴えている。

＜参考＞ 京都府医師確保計画（中間案）に対するパブリックコメント

2020 年 1 月 9 日
京都府保険医協会
理事長 鈴木 卓

前提の問題

私たちは国に対し、今回の都道府県医師確保計画策定の法的根拠である改正医療法・医師法（2018 年）により導入された「医師偏在指標」の撤回、それを用いたあらゆる施策の中止を求めている。なぜなら国にとっては、「三位一体」と称して進められる地域医療構想・医師偏在対策・医師の働き方改革のいずれもが、必要な医療提供体制の確保ではなく、「都道府県間の 1 人あたり医療費の地域差縮減」に向け、病床や医師の数・在り方のコントロールすることにこそ、主眼が置かれていると考えられるからである。

中間案について評価すべき点

以上の立場からすれば、中間案はいくつかの点で京都府の努力が伝わってくるものであり、評価すべき内容が含まれていると考える。

1 つは、医師偏在指標について「京都式」を作ったことである。府は医師偏在指標の根本的欠陥である「京都府の受療率が用いられていない」「地理的要因が反映されていない」こと、並びに国指標の「標準化医師数」が大学等医療機関の教員・大学院生の臨床従事時間を考慮していないことを問題として捉え、それらを補正す

る【京都式医師偏在指標】を作成した。これにより、国の画一的で現実の医師不足実態解明に役に立たない指標から、府が医師確保すべき地域を明らかにしようとする指標への改善を図ろうとした。

2 つ目には、医師確保計画策定に係る診療科別医師数調査を独自に実施したことである。この調査によって少なくとも回答のあった病院については、厚生労働省の医師・歯科医師・薬剤師調査では明らかにできないリアルタイムに近い二次医療圏別・診療科別医師数を把握しようとした。

3 つ目には、上記調査や独自指標で使用した医療機関へのアクセス状況を用いて、重点領域の設定とその医療を確保する計画を策定したことである。中間案は、緊急性及び専門性の高い治療が必要であるとして、「脳血管疾患、心疾患及びハイリスク分娩」について、各医療圏の人口カバー率を示し、体制強化が必要な医療圏を明示した。

4 つ目には、国が求めた外来医師多数区域での開業規制策を盛り込んでいないことである。改正医師法とそれに基づく国の通知は、外来医師偏在指標によって外来医師多数区域となった場合、「都道府県は、外来医師多数区域において新規開業を希望する者に対しては、当該外来医師多数区域において不足する医療機能を担うよう求め、新規開業を希望する者が求めに応じない場合には協議の場への出席を求めると

ともに、協議結果等を住民等に対して公表することとする」としており、なおかつ「外来医師多数区域における新規開業者の届出の際に求める事項」には「新規開業者の届出様式には、地域で不足する外来医療機能を担うこと（地域ごとに具体的に記載）に合意する旨の記載欄を設け、協議の場において合意の状況を確認することとする」とある。

私たちはこれらを開業規制の始まりとみて、国に対して撤回を求めてきたが、京都府の中間案はそうした内容を盛り込んでおらず、高い見識を示したものと評価できる。

その上でさらに求めたい点

その上で、今後の京都府における医師確保策の推進にあたり、さらに求めたい視点を述べたい。

第 1 に、そもそも二次医療圏単位で医療状況を捉え、施策を考えること自体に限界があるのではないか、ということである。私たちと府内の各地区医師会との懇談会でも、二次医療圏だからと言って複数の自治体をひとまとめにして、多数・少数と区分され、分析されること自体への違和感は度々表明されている。京都・乙訓医療圏は最低でも京都市と乙訓地域に分け、データ収集と分析・検討すべきである。さらに外来医師多数区域とされる山城南医療圏にあっても、東部 2 町 1 村は、それぞれ 1 人乃至は少人数で地域医療を担っている実情がある。だがそのうちのある町の実情を数字に置き換えれば、内科系診療所数の人口 10 万人あたり全国平均 43.85 に対し、73.1 と高い数値となる。小児系も皮膚科系も同様に全国平均を上回る。だが実態は町内でたった一人の医師が、必要な診療科を標榜し、地域医療を支えているのである。したがって、その開業医が医療を続けられなければ、その町は医師のいない自治体になるのである。こうした地域はより小さな地域で捉えれば、多数存在するものと考えられよう。このことから、中間案は中丹と南丹医療圏のへき地

診療所周辺地域を医師少数スポットに設定しているが、より細やかな医療状況の実態把握が必要と考える。これは府のすすめる地域包括ケアシステムにも通じる問題だが、人々が日常生活を営む範囲で、医療資源をめぐる実状を分析・検討することが必要と考える。そのために、新たに府民と医療関係諸団体が参加する場を設置し、計画策定の根拠となるデータの収集と精緻化を担う仕組みも新たに必要ではないだろうか。

第 2 に近年、平成の大合併や道州制構想、自治体戦略 2040 構想と、人口規模の小さな自治体は国から「消滅」を予言され、追い詰められた状況にある。私たちが 10 月に開催した「医師偏在是正を考えるフォーラム」では、小さな自治体の開業医から「人が暮らし続けられる町にならないといけない。医療以前の問題で、町そのものを続けていけるかどうかこそが大事だ」と発言があった。こうしたことから、医師確保計画は緊急に医師が必要な地域への手当を行う計画であると同時に、地域そのものの再生や「まちづくり」をめざす計画と一体的なものであってほしいと考える。

第 3 に、新専門医制度における専門医研修について、京都府内では対象となる科のうち脳神経外科を除くすべてにシーリングがかけられた。府におかれては既に要望を出されているが、国による新専門医制度を通じた診療科別医師数抑制に対しても引き続き、「医師確保」の観点からも意見を述べていただきたい。

京都府が今後一層、地域実態から出発した施策を展開しつつ、国の誤りに対し、毅然と反論し、提言する自治体でありつづけることを期待したい。国からの強い圧力も想定されようが、断固として、そして柔軟に、対応しつつ、地方自治体としての自主的・自律的な取組みを貫いていただきたいと考える。

以 上